

## CAHIER DES CHARGES

### Expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)

### Orthopédie – Prothèse de Hanche programmée

### Mise à jour septembre-octobre 2023

Dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé, le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'Assurance Maladie (Cnam) ont lancé conjointement, en mai 2018, trois appels à manifestation d'intérêt (AMI) afin d'accélérer le lancement de projets d'expérimentation d'initiative nationale et de favoriser leur réussite par l'implication des acteurs de terrain dès la phase de conception.

- **L'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins (EDS) pour des prises en charge chirurgicales programmées**
  - Deux prises en charge en chirurgie orthopédique : **la prothèse de hanche [objet de ce cahier des charges]** et la prothèse de genou ;
  - Une prise en charge en chirurgie digestive : la colectomie pour cancer.
- L'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep)
- L'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)

Un Appel à Projets a ensuite été lancé en juillet 2019 pour compléter la sélection avec d'autres établissements volontaires pour s'engager dans l'expérimentation et finaliser la rédaction du cahier des charges. Les travaux menés depuis mi-2019 ont permis, dans une logique de volontariat et de co-construction avec les acteurs de terrain, de retravailler, actualiser et stabiliser l'ensemble des paramètres du modèle. Le présent cahier des charges est issu de ces travaux menés de Juillet 2019 à juillet 2021 avec les établissements sélectionnés pour l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour la prise en charge chirurgicale en orthopédie prothèse de hanche (PTH) programmée.

## Table des matières

<b>1</b>	<b><i>Rappel du contexte</i></b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b><i>Objet et finalité du projet d'expérimentation - Enjeu de l'expérimentation</i></b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b><i>Les impacts attendus à court et moyen termes du projet d'expérimentation</i></b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b><i>Définition et périmètre de l'épisode de soins</i></b>	<b>7</b>
4.1	Durée de l'épisode de soins	8
4.2	Les patients inclus dans l'épisode de soins	8
4.3	Prestations, intervenants et dépenses prises en compte dans l'épisode de soins	9
4.3.1	Un périmètre initial volontairement restreint	9
4.3.2	Les prestations et intervenants	9
4.3.3	Les dépenses prises en compte	11
<b>5</b>	<b><i>Durée et phases de l'expérimentation</i></b>	<b>13</b>
5.1	Durée de l'expérimentation	13
5.2	Phase d'apprentissage et phase de financement rétrospectif	13
<b>6</b>	<b><i>Champ d'application territorial</i></b>	<b>16</b>
<b>7</b>	<b><i>Porteur du projet et partenaires de l'expérimentation</i></b>	<b>17</b>
7.1	Les porteurs et partenaires institutionnels du projet EDS	17
7.2	Les contributions des professionnels	18
<b>8</b>	<b><i>Participation à l'expérimentation</i></b>	<b>19</b>
<b>9</b>	<b><i>Modalités de révision du cahier des charges</i></b>	<b>19</b>
<b>10</b>	<b><i>Organisation et pilotage du projet d'expérimentation</i></b>	<b>19</b>
<b>11</b>	<b><i>Catégories d'expérimentations</i></b>	<b>20</b>
<b>12</b>	<b><i>Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation</i></b>	<b>21</b>
<b>13</b>	<b><i>Principes du modèle économique EDS et équilibre du schéma de financement</i></b>	<b>22</b>
13.1	Les principes de construction du modèle	22
13.2	Financement de la coordination	23
13.3	Financement des IDEL pour le suivi, la coordination et l'accompagnement post-opératoire au domicile	24
13.4	Principes de calcul des forfaits et d'ajustement au risque	25
13.5	La valorisation économique dans le modèle EDS	28
13.6	La valorisation de la qualité dans le modèle EDS	28
13.6.1	Les indicateurs permettant de calculer le score qualité	29
13.6.2	Principes de notation des indicateurs et de calcul du score qualité	30
13.6.3	Principes de rémunération de la qualité	31
13.7	L'intéressement EDS	31

13.7.1	Paramètres pour le calcul	31
13.7.2	Principes de redistribution / récupération du résultat économique	32
13.7.3	Trajectoire de redistribution/ récupération de l'intéressement EDS	33
13.7.4	Principe de répartition de l'intéressement EDS	33
13.7.5	Principe de récupération des malus	36
<b>13.8</b>	<b>Le besoin de financement</b>	<b>36</b>
<b>14</b>	<b><i>Suivi et évaluation du modèle de financement et de son impact sur la qualité, pertinence, sécurité et efficacité des soins</i></b>	<b>37</b>
<b>15</b>	<b><i>Modalités de financement et d'accompagnement</i></b>	<b>38</b>
<b>16</b>	<b><i>Les besoins en système d'information</i></b>	<b>39</b>
16.1	Services numériques destinés à faciliter les prises en charge coordonnées et dossier patient	39
16.2	Articulation avec la plateforme Art 51 développée par l'Assurance Maladie	40
<b>17</b>	<b><i>Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées</i></b>	<b>41</b>
<b>18</b>	<b><i>Nature des informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation et modalités selon lesquelles elles seront recueillies, utilisées et conservées</i></b>	<b>42</b>
<b>19</b>	<b><i>Liens d'intérêts</i></b>	<b>44</b>
<b>20</b>	<b><i>Éléments bibliographiques d'expériences étrangères</i></b>	<b>44</b>
<b>21</b>	<b><i>Liste des annexes et documents mis à disposition des participants à l'expérimentation</i></b>	<b>46</b>
21.1	Liste des annexes	46
21.2	Kit d'information et d'accompagnement 2021	46
<b>22</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>47</b>
<b>22.1</b>	<b>ANNEXE 1 – SCORE QUALITE</b>	<b>47</b>
22.1.1	Indicateurs, valeurs de référence et pondérations	47
22.1.2	Principes de calcul des points pour chaque indicateur	48
22.1.3	Cas particulier : les indicateurs ISO et ETE ORTHO EDS	49
22.1.4	Méthode de calcul des points pour chaque indicateur (hors ETE et ISO)	49
<b>22.2</b>	<b>ANNEXE 2 – INTERESSEMENT EDS</b>	<b>50</b>
22.2.1	Calcul de l'intéressement qualité	50
22.2.2	Calcul du résultat économique	52
22.2.3	Calcul de l'intéressement EDS	52
<b>22.3</b>	<b>ANNEXE 3 – Liste des indicateurs mobilisés pour le suivi, l'évaluation et / ou le financement</b>	<b>54</b>
<b>22.4</b>	<b>Glossaire</b>	<b>56</b>

## 1 Rappel du contexte

Le projet d'expérimentation d'un financement groupé à l'épisode de soins s'inscrit dans l'ensemble des réflexions et initiatives engagées autour des évolutions de notre système de santé.

L'innovation organisationnelle constitue, au même titre que l'innovation technique, un enjeu crucial pour l'avenir de notre système de santé. Celui-ci doit en effet faire face à des défis majeurs : besoins accrus de santé liés au vieillissement de la population, aux maladies chroniques et aux polyopathologies, démographie médicale fragile et désertification de certains territoires, évolutions des pratiques thérapeutiques liées notamment aux progrès techniques et scientifiques.

Tout en assurant sa soutenabilité, notre système de santé doit sans cesse s'adapter, garantir un accès équitable et gradué aux soins et aux prises en charge médico-sociales. La qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge sont trois dimensions indissociables de notre système de santé. L'enjeu est de fluidifier les parcours de soins sur l'ensemble du territoire à travers de meilleures coordination et organisation des acteurs (ville/hôpital/médico-social) afin d'assurer des soins pertinents et de qualité prenant en compte les profils des patients, évitant la survenue de complications génératrices de risques et d'inconfort pour les patients, ainsi que de surcoûts pour l'Assurance Maladie, tout en intégrant davantage le patient en tant qu'acteur de sa prise en charge.

Or, le cloisonnement des acteurs, accentué par un modèle de financement « en silos » principalement basé sur l'activité produite, et prenant encore insuffisamment en compte les enjeux de qualité et de sécurité des soins, peut constituer un frein à un réel engagement dans une logique globale de parcours de soins, avec de potentielles conséquences pour le patient et pour le système de santé (redondance ou non réalisation de certains actes, ...).

La stratégie nationale de santé, la mise en place d'un dispositif pérenne de promotion et d'autorisation d'expérimentations innovantes, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (CSS) et Ma Santé 2022, ont renforcé l'intérêt de faire évoluer les modes de financement et offrent un cadre permettant le développement de modèles forfaitaires, plus incitatifs à la pertinence des parcours et à une prise en compte plus importante de la qualité des soins et de l'intérêt du patient.

La proposition d'expérimenter un financement à l'épisode de soins vise à répondre à ces préoccupations.

Plusieurs pays (dont la Suède et les Etats-Unis) ont développé des modes de financement groupés à l'épisode de soins – « *Bundled Payment* », et les premiers travaux d'évaluation de ces dispositifs ont souligné leur impact positif sur la coordination entre les acteurs, les résultats pour le patient et la diminution des coûts pour la collectivité. La qualité des soins est quant à elle maintenue, voire améliorée.

L'élaboration de la première version du cahier des charges a été réalisée dans le cadre des travaux de l'appel à manifestation d'intérêt avec les représentants des 30 établissements de santé sélectionnés. Cette version actualisée du cahier des charges est le résultat des travaux réalisés lors de la phase d'apprentissage de l'expérimentation avec les représentants des plus de 40 établissements engagés. L'ensemble des travaux ont été réalisés avec le concours de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour la modélisation des parcours et des forfaits, de la Haute autorité de santé (HAS) pour la sélection et la validation des indicateurs de l'expérimentation, de la Haute autorité de

santé (HAS) pour la conception et la validation d'un questionnaire d'expérience patient dédié, ainsi que la méthodologie de « scoring ».

Le pilotage du projet d'expérimentation et de sa mise en place opérationnelle est assuré par le Ministère de la Santé et de la Prévention (Direction Générale de l'Offre de Soins - DGOS) et la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

## **2 Objet et finalité du projet d'expérimentation - Enjeu de l'expérimentation**

La mise en place d'un montant forfaitaire pour l'ensemble des prestations définies dans un épisode de soins vise à faire émerger de nouvelles organisations pour améliorer :

- La fluidité de la prise en charge et la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers dans le cadre d'une organisation intégrée et s'appuyant sur les bonnes pratiques de prise en charge ;
- La qualité, la pertinence, la sécurité des soins ;
- L'état de santé et la satisfaction des patients ;
- L'efficience des soins en favorisant une utilisation optimale des moyens.

L'expérimentation d'un financement à l'épisode de soins vise à proposer un montant forfaitaire pour un ensemble d'acteurs mobilisés au cours d'une prise en charge.

Le paiement adressera à la fois les acteurs de l'établissement de santé MCO au sein duquel a lieu la prise en charge initiale, les éventuels autres établissements de santé (MCO, SSR, HAD) impliqués, ainsi que les professionnels réalisant certains soins de ville, selon le périmètre défini. Le forfait comprendra toutes les dépenses comprises dans le périmètre de l'épisode de soins, ville et hôpital, pré, per et post-opératoire. Il couvrira les ressources nécessaires à la coordination, intégrera le risque de réhospitalisation et prendra également en compte la qualité via un compartiment dédié.

Cette expérimentation a pour objectif d'évaluer, en condition de vie réelle :

- La faisabilité technique et opérationnelle d'un modèle de paiement forfaitaire ;
- Le caractère incitatif de ce type de financement, sur la qualité du service rendu au patient, les résultats de soins, l'efficience des prises en charge et le développement de coopérations et d'organisations innovantes entre les acteurs ;
- L'intérêt d'une généralisation de ce mode de paiement à une échelle géographique plus large, voire à d'autres processus de soins, ainsi que les modalités et conditions associées.

Ce mode de financement implique une modification significative du financement du système de santé actuel et des organisations de gestion et de facturation associées pour les acteurs de l'offre de soins,

mais également pour l'Assurance Maladie. Aussi, comme l'ont souligné les expériences étrangères, la mise en place d'un tel type de paiement doit être progressive.

Le modèle sera donc testé dans un premier temps en mode « rétrospectif », c'est-à-dire sans modification des modalités de facturation actuelles mais avec une analyse périodique des résultats à l'issue des épisodes (la consolidation). Même si l'objectif à terme, selon les résultats intermédiaires de l'évaluation de la phase rétrospective, est d'envisager la faisabilité d'un paiement « prospectif » (un forfait délivré au début de l'épisode de soins), **le présent cahier des charges porte uniquement sur l'expérimentation en mode rétrospectif.**

### **3 Les impacts attendus à court et moyen termes du projet d'expérimentation**

#### **En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers**

L'amélioration de la qualité et la sécurité des soins est un des principaux objectifs poursuivis par cette expérimentation.

Ainsi, l'expérimentation doit contribuer à proposer au patient la prise en charge la plus adaptée, en :

- Identifiant et maîtrisant ses facteurs de risque ;
- Anticipant les ruptures de parcours ;
- Lui proposant un accompagnement pluridisciplinaire cohérent tout au long de sa prise en charge, et ce dès la validation de l'indication de l'intervention chirurgicale ;
- Prenant davantage en compte ses retours relatifs à son état de santé, sa qualité de vie, et à son expérience de prise en charge ;
- Améliorant l'expérience patient – préparation anticipée, de son information et de sa prise en charge, cohérence de l'ensemble de la prise en charge tout au long de l'épisode de soins selon le profil du patient, son état de santé, ses facteurs de risque et conditions socio – économiques.

#### **En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services**

L'innovation proposée par le financement à l'épisode de soins est notamment liée aux évolutions organisationnelles de prise en charge.

Il est donc attendu que l'expérimentation :

- Accompagne le développement de coopérations et d'organisations innovantes autour des prises en charge chirurgicales ciblées, prenant en compte les spécificités locales ;
- Accélère les actions déjà initiées autour d'une prise en charge globale du patient en amont, pendant et après l'intervention chirurgicale, et encourage des relations plus fluides entre

les professionnels mobilisés ;

- Contribue à renforcer le développement, l'harmonisation et le partage des bonnes pratiques entre les acteurs ;
- Participe à la maîtrise du risque de complications et à l'amélioration de l'état de santé du patient.

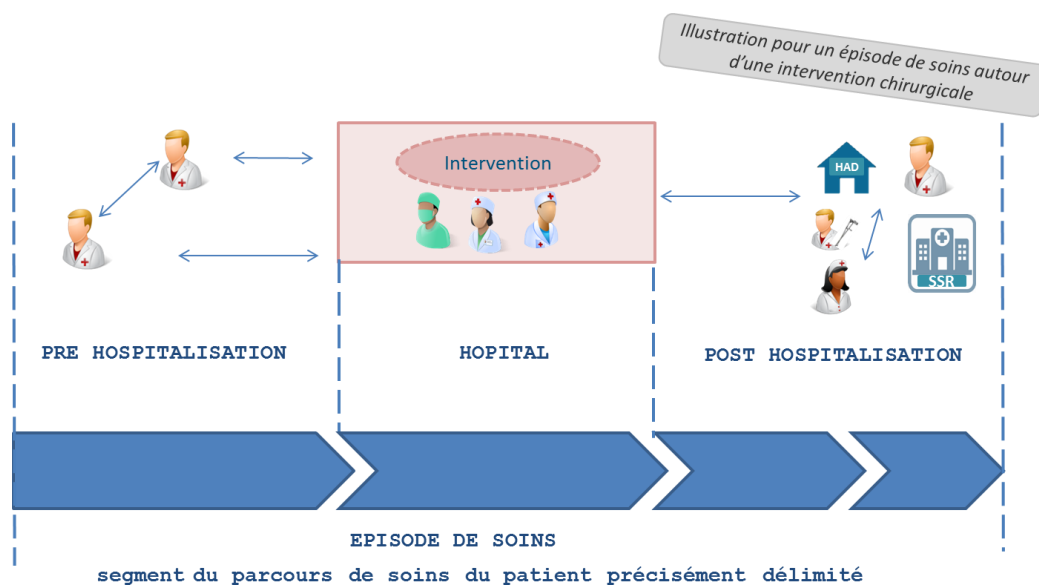
#### En termes d'efficience pour les dépenses de santé

En mettant en avant la prise en charge anticipée, continue et coordonnée du patient dans un épisode de soins, l'expérimentation devra participer à :

- L'amélioration de la pertinence des soins ;
- La diminution de la variabilité des pratiques, notamment dans l'orientation des patients en sortie d'hospitalisation ;
- La diminution des complications per et post interventions chirurgicales et des hospitalisations potentiellement évitables ;
- Une meilleure allocation des dépenses Assurance Maladie au sein de l'épisode de soins.

## 4 Définition et périmètre de l'épisode de soins

L'épisode, ou séquence, de soins représente l'ensemble des prestations dispensées à un patient pour un état de santé donné, pendant une période de temps définie, par un ensemble d'acteurs déterminés qui concourent à sa prise en charge.



Les travaux menés avec les professionnels de santé dans le cadre des travaux de co-construction du

présent cahier des charges<sup>1</sup>, en mobilisant leur expertise ainsi que des données d'analyse des parcours, ont permis de définir le périmètre de l'épisode de soins ciblé par l'expérimentation.

L'étude des volumes d'activité, des caractéristiques de prise en charge, des initiatives déjà engagées autour d'approches coordonnées, de qualité en chirurgie, et d'accompagnement des patients, comme par exemple les programmes de Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), ou bien encore les dispositifs d'aide au retour à domicile des patients hospitalisés PRADO initié par l'Assurance Maladie, ont conduit à sélectionner, pour la spécialité orthopédique, l'épisode de soins «prothèse de hanche programmée».

En effet, la prothèse de hanche programmée est apparue pertinente au regard des enjeux forts et afférents à cette intervention concernant l'évolution des pratiques avec l'implémentation de la RAAC et de la coordination ville/hôpital, du volume concerné (plus de 100 000 séjours annuels). Il s'agit d'une intervention qui concerne une population plutôt âgée avec une part significative de patients polyopathologiques, avec des enjeux importants d'information du patient et de son entourage, de mobilisation active en phase préopératoire, de sensibilisation et anticipation aux suites opératoires, et d'organisation et implication fortes des acteurs participant à la réhabilitation.

## 4.1 Durée de l'épisode de soins



L'épisode de soins débute à la date de la consultation avec le chirurgien posant l'indication chirurgicale si elle a lieu dans les 45 jours précédant l'hospitalisation. A défaut, l'épisode de soins débute 45 jours avant l'admission (la consultation de chirurgie pouvant s'être déroulée en amont des 45 jours).

L'épisode de soins inclut le séjour MCO avec prothèse de hanche et se poursuit 90 jours après la sortie du patient.

## 4.2 Les patients inclus dans l'épisode de soins

Pourront être inclus dans l'épisode de soins les patients répondant à la totalité des critères suivants :

- Agés de plus de 17 ans ;
- Affiliés au régime obligatoire de l'Assurance Maladie, quel que soit le régime<sup>2</sup> ;

<sup>1</sup> Cf. la démarche de co-construction évoquée en page de garde.

<sup>2</sup> Sont exclus les patients résidant à l'étranger.



- Hospitalisés pour une première prise en charge chirurgicale de prothèse de hanche programmée :
  - Avec un séjour PMSI MCO groupé dans la racine 08C48 « Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents » ;
  - Et un diagnostic principal ou un diagnostic relié du chapitre XIII de la CIM 10 Maladies du système ostéo-articulaire et du tissu conjonctif (M00-M99) ; hors « Fracture osseuse au cours de maladies tumorales » (M907\*) ;
  - Et sans séjour avec prothèse de hanche dans les 365 jours précédant l'admission.

A l'issue de l'épisode, un patient initialement inclus pourra être exclu secondairement en fonction de la survenue de certains événements. Les critères d'exclusions secondaires, ou mécanismes de sauvegarde, sont précisés au point 13.4 La valorisation économique dans le modèle EDS.

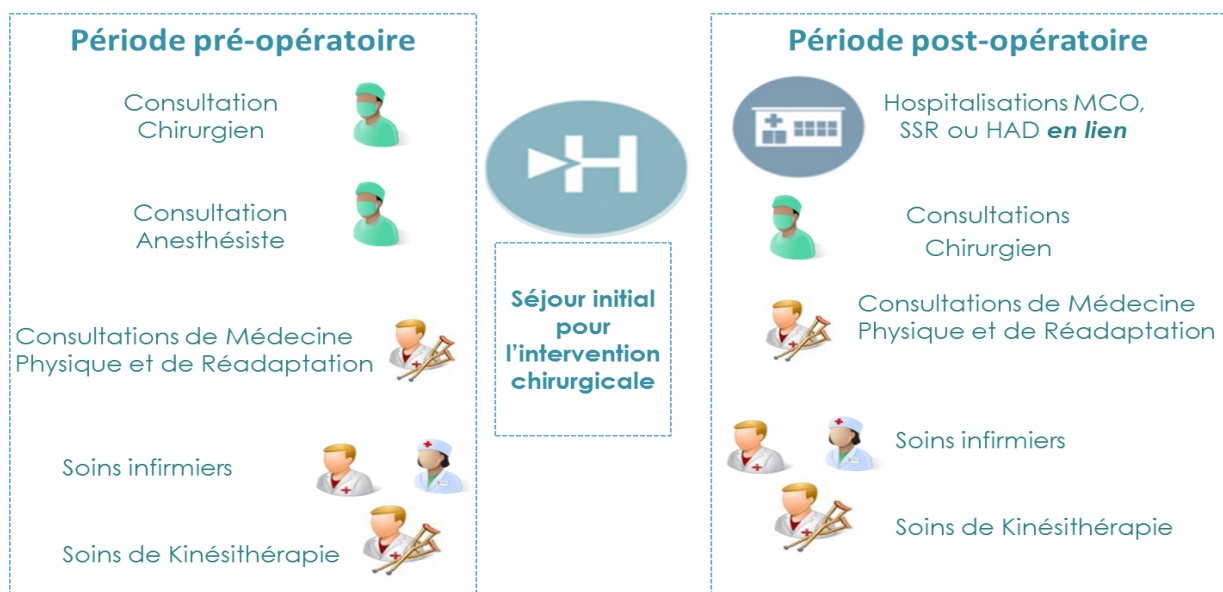
## 4.3 Prestations, intervenants et dépenses prises en compte dans l'épisode de soins

### 4.3.1 Un périmètre initial volontairement restreint

Dans un premier temps, et afin de débiter l'expérimentation, il a été choisi de prendre en compte un nombre limité de prestations et d'intervenants pour faciliter la compréhension de cette nouvelle approche de financement et permettre sa modélisation.

L'expérimentation devra pouvoir permettre d'affiner la compréhension des parcours patients, et d'inclure éventuellement d'autres prestations (imagerie, biologie, pharmacie, certaines activités IDE...) et intervenants (autres spécialités médicales...) considérées comme pertinentes au cours ou à l'issue de l'expérimentation.

### 4.3.2 Les prestations et intervenants



Dans le cadre de l'expérimentation, les hospitalisations et soins de ville pris en compte pour le calcul du forfait sont :

**Le séjour index**, c'est le séjour initial pour l'intervention chirurgicale ;

**Les éventuelles réhospitalisations en lien avec le séjour index :**

Sont considérées comme étant en lien avec l'épisode de soins les séjours MCO, SSR et HAD débutés dans les 90 jours suivant le séjour index et répondant aux critères de sélection suivants :

- Pour les hospitalisations en MCO
  - Délai d'entrée post-séjour index de 0 nuit
  - Ou Délai d'entrée post-séjour index > 0 nuit et présence de certains actes CCAM ou diagnostics codés dans le RSA du séjour de ré hospitalisation ;
  - Deux groupes sont distingués pour les ré hospitalisations MCO
    - Les ré hospitalisations spécifiques : elles sont considérées comme en lien « direct » avec la pathologie et/ou le geste réalisé (ex : hémarthrose, arthrite, complication de prothèse...). Elles sont recherchées pendant toute la durée de l'épisode de soins.
    - Les réhospitalisations non spécifiques : elles sont considérées comme plus en lien avec une hospitalisation et une intervention chirurgicale (ex : Sepsis, AVC, troubles du rythme, phlébite ...) que directement liées à la pathologie et/ou au geste réalisé. Elles ne sont recherchées que pendant les 30 jours suivant la sortie du séjour index.
- Pour les hospitalisations en SSR ou HAD
  - Délai d'entrée post-séjour index ou post ré-hospitalisation MCO en lien <= 2 nuits ;
  - Ou Délai d'entrée post-séjour index ou post ré-hospitalisation MCO en lien > 2 nuits et
    - En SSR : séjour groupé dans certains GME, ou avec certains diagnostics codés en MMP ou AE ou DA
    - En HAD présence de certains MPP / MPA ou certains diagnostic codés en DCMPP ou DCMPPA de la 1<sup>ère</sup> séquence du séjour.

### **Des soins externes et de ville**

- Dans la période pré opératoire :
  - Une consultation du chirurgien (orthopédiste ou général) ;
  - Une consultation anesthésiste ;
  - Les consultations et actes de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
  - Les soins infirmiers ;
  - Les actes de masseur-kinésithérapeute.

● Dans la période post-opératoire :

- Les consultations du chirurgien (orthopédiste ou général) ;
- Les consultations et actes de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
- Les soins infirmiers ;
- Les actes de masseur-kinésithérapeute.

Les listes détaillées et actualisées des critères utilisés pour identifier les séjours considérés comme « en lien » (spécifiques et non spécifiques), et les prestations des professionnels de santé sont disponibles dans le kit d'information et d'accompagnement 2021.

### La coordination

Les travaux avec les professionnels ont permis d'identifier et de définir les grandes missions pour mener à bien le travail de coordination au cours de l'épisode de soins.

Pré séjour index	Per séjour index	Post séjour index
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluation de l'environnement du patient</li> <li>• Information et préparation du patient à l'intervention en fonction des décisions du chirurgien (démarches admission, administratives, etc.)</li> <li>• Accompagnement du patient dans la gestion et la coordination de son parcours pré opératoire : rappel et préparation des actions pré opératoires, appel veille de l'opération, etc.</li> <li>• Information et sensibilisation du patient à l'EDS aux questionnaires et aux outils numériques</li> <li>• Préparation de la sortie opérationnelle (prise de RDV IDE, kiné, etc.) en lien avec l'évaluation du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification de l'état du patient et ajustements éventuels des conditions de sortie initialement prévues</li> <li>• Gestion opérationnelle de la sortie (y compris démarches administratives)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi téléphonique (entre J+1 et J+3)</li> <li>• Suivi de l'état du patient et information sur les étapes post-op.</li> <li>• Gestion des sollicitations non-programmées par les patients</li> <li>• Travail de liaison avec d'autres acteurs de l'EDS (ex: hospitalisation dans une autre structure de soins hors EDS)</li> <li>• Rappel des questionnaires à renseigner et gestion des résultats issus de l'utilisation des outils numériques</li> </ul>
Formation intra- et extra-établissement des acteurs et information sur l'EDS		

Cette expérimentation d'un financement à l'épisode de soins ne présume pas des organisations qui sont mises en place par les professionnels de santé pour cette prise en charge. Cependant, il appartient aux professionnels mobilisés, conformément aux attentes de bonne coordination des acteurs engagés autour de la prise en charge du patient, d'informer le médecin traitant, référent médical du patient, de l'intervention chirurgicale et de la prise en charge afférente proposée et mise en place en pré et post opératoire. L'établissement de santé ayant réalisé l'intervention chirurgicale est, quant à lui, responsable de la continuité des soins associés.

### 4.3.3 Les dépenses prises en compte

Dans le cadre de l'expérimentation, il est calculé pour chaque épisode de soins un montant forfaitaire théorique couvrant l'ensemble des dépenses liées aux prestations et intervenants pris en compte.

Les dépenses sont entendues au sens de dépenses pour l'Assurance Maladie en base de remboursement (sans prise en compte du taux de remboursement du patient), et non au sens des dépenses pour l'établissement.

Dans l'expérimentation, à l'issue de l'épisode de soins, les dépenses réelles observées seront comparées aux dépenses théoriques du modèle au regard du parcours prédit (avec SSR/HAD ou sans).

Pour chaque épisode de soins le montant du forfait est calculé à partir d'une analyse des dépenses observées au niveau national. **La construction des différents modèles ainsi que des paramètres**

afférents s'appuient sur les données des soins consommés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2018<sup>3</sup> (cohorte de modélisation).

Les dépenses prises en compte pour effectuer ces calculs, détaillées dans la note méthodologique présente dans le [kit d'information et d'accompagnement 2021](#), sont :

**Pour les séjours hospitaliers**, les dépenses correspondent aux prises en charge observées sur la cohorte mi 2016 – mi 2018.

*Les séjours MCO et HAD sont valorisés avec les paramètres de la campagne tarifaire de référence de l'épisode de soins considéré.*

*Les séjours SSR sont valorisés sur la base de 100% DMA avec les paramètres de la campagne tarifaire de 2021 à 2023.*

- Sont pris en compte :
  - Les dépenses encadrées de l'Assurance Maladie (GHS, GME et GHT), y compris le coefficient géographique, le coefficient de reprise, et les transports inter-établissements ;
  - Les suppléments pour les hospitalisations MCO ;
  - Le coefficient de spécialisation pour les hospitalisations SSR ;
  - L'ensemble des honoraires facturés via les facturations SNIIRAM pendant le séjour hospitalier pour tous les séjours MCO et HAD réalisés dans le secteur ex-OQN. En SSR, les honoraires sont pris en compte via les tarifs.
- Ne sont pas pris en compte :
  - Les coefficients prudentiels pour le MCO ;
  - Les coefficients Ségur pour le MCO et l'HAD ;
  - Les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux de la liste en sus ;
  - Les coefficients de transition pour le SSR ;
  - Les dépassements d'honoraires<sup>4</sup>. Même s'ils ne sont pas pris en compte dans les calculs, il est demandé aux professionnels de stabiliser leur niveau de dépassement sur la période de l'expérimentation.

**Pour les soins de ville et l'activité externe**, les dépenses correspondent aux bases de remboursement, y compris les majorations, valorisées sur la base des montants actuels

- Dans la période préopératoire de 45 jours :

---

<sup>3</sup> Date de fin du séjour index.

<sup>4</sup> Les dépassements d'honoraires ne sont pas à la charge de l'Assurance Maladie, même s'ils sont encadrés par le dispositif Option de pratique tarifaire maîtrisé, OPTAM.

- Une consultation de chirurgien orthopédiste ou général ;
- Une consultation d'anesthésiste : le tarif de la consultation prend en compte l'avis ponctuel de consultant (cotation APC) pour 30% des patients ;
- Les consultations et actes de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
- Les soins infirmiers ;
- Les actes de masseur-kinésithérapeute ;
- Dans la période post-opératoire de 90 jours :
  - Les consultations de chirurgien orthopédiste ou général ;
  - Les consultations et actes de médecin de Médecine Physique et de Réadaptation ;
  - Les soins infirmiers ;
  - Les actes de masseur-kinésithérapeute.
- Ne sont pas pris en compte
  - Les indemnités kilométriques ;
  - Les dépassements d'honoraires. Même s'ils ne sont pas pris en compte dans les calculs, il est demandé aux professionnels de stabiliser leur niveau de dépassement sur la période de l'expérimentation.

Dans l'expérimentation, à l'issue de l'épisode de soins, les dépenses réelles observées seront comparées aux dépenses théoriques du modèle.

L'ensemble des ré hospitalisations considérées comme sans lien avec le séjour index, ainsi que les autres prestations (médicaments de ville, biologie, consultations de spécialistes, médecin traitant, autres professionnels de santé...) non prises en compte dans l'épisode de soins, ne sont pas intégrées au calcul des dépenses observées.

## 5 Durée et phases de l'expérimentation

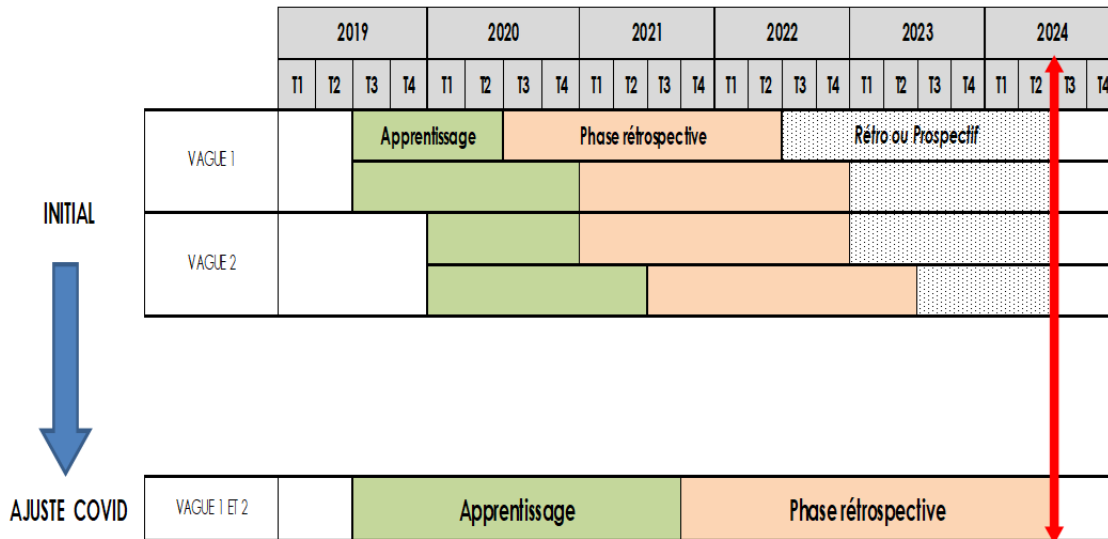
### 5.1 Durée de l'expérimentation

La durée totale de l'expérimentation est prévue pour un minimum de 3 ans et un maximum de 5 ans.

### 5.2 Phase d'apprentissage et phase de financement rétrospectif

La phase d'apprentissage, qui s'est achevée en Octobre 2021, a été **une phase de simulation des résultats**, sans impact financier. Son objectif était de permettre à l'ensemble des parties prenantes de l'expérimentation de s'approprier les principes et modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et de lancer la mise en œuvre des projets organisationnels.

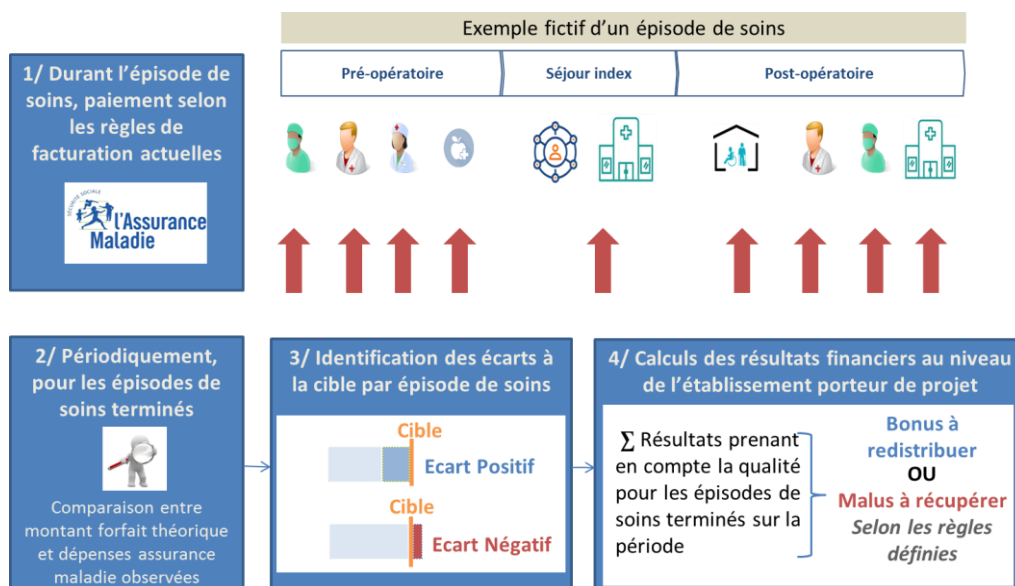
Initialement prévue pour durer 12 mois, cette phase a été rallongée en raison de la crise sanitaire liée à la Covid 19 pour permettre aux expérimentateurs de pouvoir mener tous les travaux nécessaires à l'entrée en phase rétrospective.



Le présent cahier des charges encadre la mise en œuvre :

- Des deux premières années de la phase rétrospective, qui concernent les épisodes de soins 2022 et 2023 ;
- Ainsi que les épisodes de soins 2021 (à compter du 01/04 au plus tôt) pour les expérimentateurs qui en feront la demande dans la convention de financement.

Durant cette phase de financement rétrospectif, le modèle de financement est mis en œuvre, mais les règles de facturation ne sont pas modifiées et les acteurs de l'épisode continueront d'être



**rémunérés à l'acte ou à l'activité<sup>5</sup>.**

Le calcul des résultats financiers se fait a posteriori, annuellement au mois de septembre de l'année n+1.

Il consiste à comparer, pour chaque expérimentateur, et pour l'ensemble des épisodes de soins terminés<sup>6</sup> :

**1. Les dépenses observées pour la prise en charge des épisodes de soins aux dépenses théoriques calculées sur la base du modèle EDS**

Il s'agit d'un calcul *a posteriori* qui permet d'obtenir un résultat au niveau de l'établissement qui pourra être :

- Positif, si les dépenses observées sont inférieures aux dépenses attendues ;
- Négatif, si les dépenses observées sont supérieures aux dépenses attendues.

**2. Le résultat financier lié à la prise en compte de la qualité**

Les résultats seront mis à disposition des participants à l'expérimentation [via la plate-forme Article 51 présentée ci-après](#).

En fonction des résultats constatés, les participants qui le souhaitent pourront sortir de l'expérimentation à la fin de cette période.

**Au regard des résultats de cette phase, deux options pourront être envisagées :**

- **Option 1 : arrêt de l'expérimentation** pour l'ensemble des expérimentateurs ;
- **Option 2 : poursuite de la phase 2 de financement rétrospectif** pour ceux qui le souhaitent.

---

<sup>5</sup> Paiement rétrospectif : rémunération des acteurs à l'acte ou à l'activité à l'issue de la consultation, de l'intervention, de la prise en charge.

<sup>6</sup> Sont considérés comme terminés les épisodes de soins répondant aux critères de durée de l'épisode de soins, d'inclusion des patients, de maîtrise des risques, et ne faisant pas l'objet d'un litige avec l'Assurance Maladie.

## 6 Champ d'application territorial

Le projet d'expérimentation EDS est **d'initiative nationale** et s'appuie sur des équipes expérimentatrices réparties dans différentes régions du territoire.

L'expérimentation sera donc menée **sur l'ensemble du territoire national** avec les acteurs volontaires ayant participé à l'élaboration du présent cahier des charges et ceux qui seront sélectionnés dans le cadre de l'appel à projets annexé au présent cahier des charges.



## 7 Porteur du projet et partenaires de l'expérimentation

### 7.1 Les porteurs et partenaires institutionnels du projet EDS

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation
<b>Porteurs :</b>	<p><b>Ministère de la Santé et de la Prévention</b> 14 avenue Duquesne 75007 PARIS</p> <p><b>Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM)</b> 50 avenue du Professeur André Lemierre 75020 Paris</p> <p><b>Equipe nationale dispositif article 51 (CNAM/ MSP)</b></p>	<p><a href="mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr">episodedesoins@sante.gouv.fr</a> Christopher POISSON- CALAIS, MSP / DGOS / R3</p> <p>Dr Odile RAMES, Responsable du Département de l'hospitalisation, NDEYE Khoudia DIAW, Département de l'hospitalisation</p> <p>Annie FOUARD, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales</p>	
<b>Partenaire(s) du projet d'expérimentation :</b>	<p><b>Haute autorité de santé (HAS)</b> 5, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex</p> <p><b>Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)</b> 117 boulevard Marius Vivier Merle 69329 Lyon Cedex 03</p> <p><b>Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des</b></p>		<p><b>HAS</b> : expertise scientifique et appui méthodologique sur le chantier qualité</p> <p><b>ATIH</b> : modélisation des parcours patients, calcul des forfaits, construction du modèle de financement, aide à sa mise en œuvre et ajustements.</p> <p><b>DREES</b> : expertise et contribution aux travaux</p>

	<b>statistiques (DREES)</b>  14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP		relatifs à l'évaluation de l'expérimentation.
<b>Evaluateur du projet d'expérimentation</b>	<b>Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)</b>  15 Avenue du Professeur Léon Bernard, 35043 Rennes  <b>SciencesPo Paris</b>  27 rue Saint Guillaume, 75007 Paris  <b>PSE-École d'économie de Paris</b>  48 bd Jourdan 75014 Paris		

## 7.2 Les contributions des professionnels

L'expérimentation a été élaborée dans une logique de co-construction avec les professionnels retenus à l'issue de l'appel à manifestation d'intérêt national et de l'appel à projets.

Dans le cadre de groupes de travail qui se sont déroulés d'Octobre 2019 à Septembre 2021, les représentants des participants ont apporté leurs avis, propositions et expertises pour l'actualisation des paramètres de l'expérimentation et sa déclinaison opérationnelle, contribuant ainsi à la construction du présent cahier des charges des expérimentations.

**Dans le cadre de cette expérimentation, et en accord avec les professionnels, les principes suivants ont été retenus pour la construction du modèle :**

- **Intégrer une dimension prédictive au financement** par épisode de soins ;
- **Inciter à une amélioration globale de la prise en charge**, aussi bien en amont et en aval de l'intervention que lors du séjour inaugural ;
- **Prendre en compte la coordination.**

Ces points sont précisés au point 13.1 Les principes de construction du modèle.

## 8 Participation à l'expérimentation

L'ensemble des établissements retenus dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt et de l'appel à projets peuvent participer à la phase rétrospective de l'expérimentation.

**L'engagement de chaque établissement devra être formalisé par la signature d'une convention de financement avec l'Assurance Maladie.**

Cette convention a pour objet de préciser les engagements des différentes parties, de définir les modalités de financement et de versement de l'intéressement EDS dans le cadre de l'expérimentation.

**Pour participer, les établissements qui le souhaitent devront signer cette convention avant le 31 décembre 2021.**

La convention type ainsi que ses annexes sont disponibles dans le [kit d'information et d'accompagnement 2021](#).

## 9 Modalités de révision du cahier des charges

Le modèle de financement, la prise en compte de la qualité ainsi que les indicateurs retenus sont susceptibles d'évoluer au cours de l'expérimentation, au regard notamment des enseignements qui seront tirés lors de la phase rétrospective et en concertation avec les participants à l'expérimentation.

**Toute modification du présent cahier des charges devra faire l'objet d'un avenant, soumis à l'avis des équipes expérimentatrices. En cas de désaccord, les équipes expérimentatrices qui le souhaiteraient auront alors la possibilité de sortir de l'expérimentation.**

## 10 Organisation et pilotage du projet d'expérimentation

La gouvernance de l'expérimentation d'un paiement à l'EDS repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation, **d'un comité opérationnel**, constitué des porteurs et partenaires du projet.

Ce comité est composé :

- Des porteurs du projet (Cnam et Ministère de la Santé et de la Prévention) ;
- Des partenaires (ATIH, HAS, Drees, selon l'ordre du jour) ;
- D'un représentant des ARS et du réseau de l'Assurance Maladie ;
- Du responsable de l'évaluation – selon l'ordre du jour.

Il a vocation à se réunir *a minima* une fois tous les 3 mois durant la première année de

l'expérimentation et selon des échéances à définir pour les années suivantes. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter et les éventuels points d'attention à remonter au Comité technique de l'innovation en santé<sup>7</sup> (CTIS).

Par ailleurs, **un accompagnement et un suivi des projets** des équipes expérimentatrices seront réalisés avec les participants à l'expérimentation, en lien avec les ARS et le réseau de l'Assurance Maladie (cf. [Chapitre 15](#)).

## 11 Catégories d'expérimentations

<b>Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 –I-1°)</b>	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentations	X
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

<b>Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)</b>	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	

<sup>7</sup> Conformément au décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le comité technique de l'innovation en santé est composé du directeur de la sécurité sociale, du directeur général de l'offre de soins, du directeur général de la santé, du directeur général de la cohésion sociale, du directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, d'un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé et du directeur de l'Union nationale des caisses de l'Assurance Maladie.

<b>Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II)<sup>8</sup> :</b>	Cocher
1o Des prises en charge par l'Assurance Maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

## **12 Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation**

**Le principe de financement à l'épisode de soins** vise à apporter une première réponse aux difficultés liées au cloisonnement du modèle actuel et participe à encourager une approche intégrée autour du patient en dérogeant aux règles de tarification à l'activité à travers :

- 1 / La définition d'une dépense cible forfaitaire ajustée sur le risque pour chaque épisode de soins ;**
- 2/ La prise en compte des résultats économiques et de qualité avec un intéressement financier direct des acteurs aux gains d'efficacité et à la qualité des prises en charge ;**
- 3/ Un financement spécifique de la coordination pour chaque épisode de soins ;**
- 4/ Un financement spécifique des IDEL pour le suivi, la coordination et l'accompagnement post-opératoire au domicile à l'issue de la prise en charge initiale, expérimenté en région Auvergne-Rhône-Alpes.**

---

<sup>8</sup> Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1).

## 13 Principes du modèle économique EDS et équilibre du schéma de financement

### 13.1 Les principes de construction du modèle

Sur la base du constat que le mode de financement actuel n'incite pas assez à la qualité et à l'anticipation/prévention, dans la mesure où une prise en charge optimale, ayant évité la survenue de complications durant le séjour, reste moins valorisée qu'un séjour avec la survenue d'une complication, les principes suivants ont été retenus pour la construction du modèle, en accord avec les professionnels :

- **Intégrer une dimension prédictive au financement** en affectant à chaque patient un parcours attendu auquel est affecté un montant forfaitaire, sur la base de ses caractéristiques (facteurs de risques, comorbidités ...) considérées comme présentes à l'admission dans le séjour index ;
- **Inciter à une amélioration globale de la prise en charge, aussi bien en amont et en aval de l'intervention** (médecine péri opératoire, pré-habilitation, soins de ville, ré hospitalisations) que lors du séjour inaugural (limitation des complications « évitables »). Cette approche est en cohérence avec les récentes mesures d'incitation au développement de la RAAC (chapitre 3, article 6 bis de l'arrêté du 19 février 2015 modifié par l'article 4 de l'arrêté 2019).

**Dans le cadre de la phase de financement rétrospectif, ce forfait, qui représente la dépense cible, n'est utilisé que pour une comparaison et le calcul d'un écart avec la dépense observée. Il n'est pas substitutif aux modes de rémunération actuels qui ne sont donc pas modifiés.**

Le forfait couvre toutes les dépenses prises en compte dans l'épisode de soins (ville et hôpital, pré- et postopératoire) selon le périmètre défini. **A ce forfait, s'ajoute une prise en compte de la qualité via un compartiment dédié.**

Ce modèle est donc bâti sur une double composante :

1. **une composante « qualité »** qui mesure l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de la prise en charge et de performance des organisations ;
2. **une composante « performance économique »** qui mesure l'efficacité économique d'un ensemble d'acteurs en termes de dépenses relatives à la prise en charge des épisodes de soins.

En parallèle de ces deux compartiments, le modèle EDS comprend :

- **Un financement spécifique de la coordination dégressif qui prend fin avec le versement des intéressements ;**
- **Uniquement en région Auvergne-Rhône-Alpes, dans le cadre d'une phase de test de faisabilité :**
  - **Un financement *ad hoc* d'un forfait IDEL substitutif et dérogatoire à la facturation de droit commun, pour la coordination, le suivi et l'accompagnement post opératoire**

**des patients sortis vers le domicile ;**

- **Ainsi qu'un accompagnement financier spécifique des établissements engagés dans cette phase de test.**

Dans le cadre d'un financement prospectif, le modèle cible du paiement à l'épisode de soins est un financement forfaitaire, prenant en compte les caractéristiques et facteurs de risque du patient. Ce forfait, qui va rémunérer l'ensemble des intervenants pris en compte, est substitutif à la tarification à l'activité et au paiement à l'acte sur le périmètre défini.

## **13.2 Financement de la coordination**

**La coordination est un axe majeur qui supporte l'enjeu autour de l'organisation Ville-Hôpital, et bénéficie, à ce titre, d'un financement dédié dans le cadre de l'expérimentation.**

Si, à terme, la cible du modèle repose sur un autofinancement de chaque ES par son résultat économique, cette cible n'est cependant pas atteignable d'emblée dans le cadre de l'expérimentation.

Il a donc été acté un **accompagnement financier sous la forme d'un forfait par épisode de soins** dont le montant a été estimé sur la base des travaux avec les professionnels qui ont permis d'identifier et définir les grandes missions pour mener à bien ce travail de coordination.

En cohérence avec la cible, ce **financement spécifique est temporaire**, sur 3 ans, le temps de l'expérimentation, dans la continuité des crédits d'amorçage, **et dégressif annuellement.**

**La trajectoire de financement sur la durée de l'expérimentation prévoit ainsi un financement de 100% du montant par épisode la première année, de 75% la deuxième puis de 50% la troisième.**

**Pour l'orthopédie, le montant de ce forfait est de 102€ par épisode de soins.** Il ne s'appliquera que pour les patients inclus dans l'expérimentation, c'est-à-dire inscrits sur la plateforme Art 51 et répondant aux critères d'éligibilité à priori.

Les montants relatifs à la coordination seront versés semestriellement avec une régularisation possible au moment de la consolidation annuelle en cas d'écart entre le nombre de patients inscrits sur la plateforme Art 51 et le nombre de patients inscrits effectivement éligibles à priori tel que calculé par l'ATIH sur les bases SNDS.

## 13.3 Financement des IDEL pour le suivi, la coordination et l'accompagnement post-opératoire au domicile

Ce financement répond à des enjeux majeurs dans le cadre de l'expérimentation EDS. Il vise à faciliter le lien et la coordination Ville-Hôpital en favorisant l'adhésion des IDEL à l'expérimentation.

En effet, si les premières années de mise en œuvre de l'expérimentation ont permis de constater que la coordination était bien traitée sur le versant établissement (cf. 13.2), elle ne présentait pas, en l'état, de caractère suffisamment incitatif vis-à-vis des professionnels de ville et notamment les IDEL.

Ce financement, qui se traduit par la création d'un « forfait IDEL » introduit par le présent cahier des charges, permet d'étendre le périmètre et de mieux valoriser les actions actuellement prises en compte dans le droit commun à travers l'avenant 6 de la convention nationale des infirmiers libéraux.

Les caractéristiques du forfait IDEL sont les suivantes :

- Facturation possible uniquement pour les IDEL engagées dans l'expérimentation, c'est à dire ayant signées la convention CNAM d'adhésion (cf. kit d'information et d'accompagnement) avec l'établissement porteur dont est issu le(s) patient(s) EDS pris en charge ;
- Forfait dérogatoire et substitutif au droit commun, les montants facturés au titre de ce forfait seront versés mensuellement et directement aux IDEL par l'Assurance Maladie ;
- Pour un patient donné la facturation du forfait IDEL ne peut en aucun cas s'accompagner d'une facturation de l'acte de droit commun substitué (AMI 3,9) ;
- Le forfait est facturable pour tous les patients inclus dans l'expérimentation et pris en charge à leur domicile post séjour index ; et ce quel que soit le type de séjour index (HC, HDJ, RAAC ou non RAAC) ;
- Le forfait n'est facturable qu'une seule fois à l'issue du suivi, et cette facturation est possible même en l'absence de prescription médicale ;
- Le forfait n'est plus facturable lorsque le patient EDS est réhospitalisé. L'IDEL pourra facturer uniquement les séances qui ont eu lieu avant la réhospitalisation ;
- La facturation du forfait nécessite une déclaration d'activité de l'IDEL qui n'est réalisable que sur la plateforme Article 51 ;
- Le forfait est valorisé à hauteur de 52€ sur la base de 1 séance par semaine pendant 3 semaines. A ce montant peuvent s'ajouter le cas échéant des indemnités de frais de déplacement et des indemnités kilométriques.

Enfin, le recueil et la saisie des informations nécessaires à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du dispositif va représenter pour les établissements porteurs engagés un surplus de charge de travail en termes d'ouverture et de gestion d'accès à la Plateforme Article 51, mais aussi de validation des déclarations d'activités des IDEL. C'est pourquoi un accompagnement financier pour la mise en œuvre de ce financement dérogatoire est mis en place, sous la forme d'une enveloppe qui sera déléguée à



chaque établissement.

Le montant de l'enveloppe peut faire l'objet d'une régularisation à posteriori si le nombre de patient inscrit dans la plateforme est inférieur au nombre de patient pris en compte dans le calcul du montant des CAI.

Ce dispositif forfaitaire dérogatoire est mis en place uniquement dans la région Auvergne-Rhône-Alpes afin d'en tester la faisabilité opérationnelle jusqu'à la fin de l'expérimentation le 22 juillet 2024.

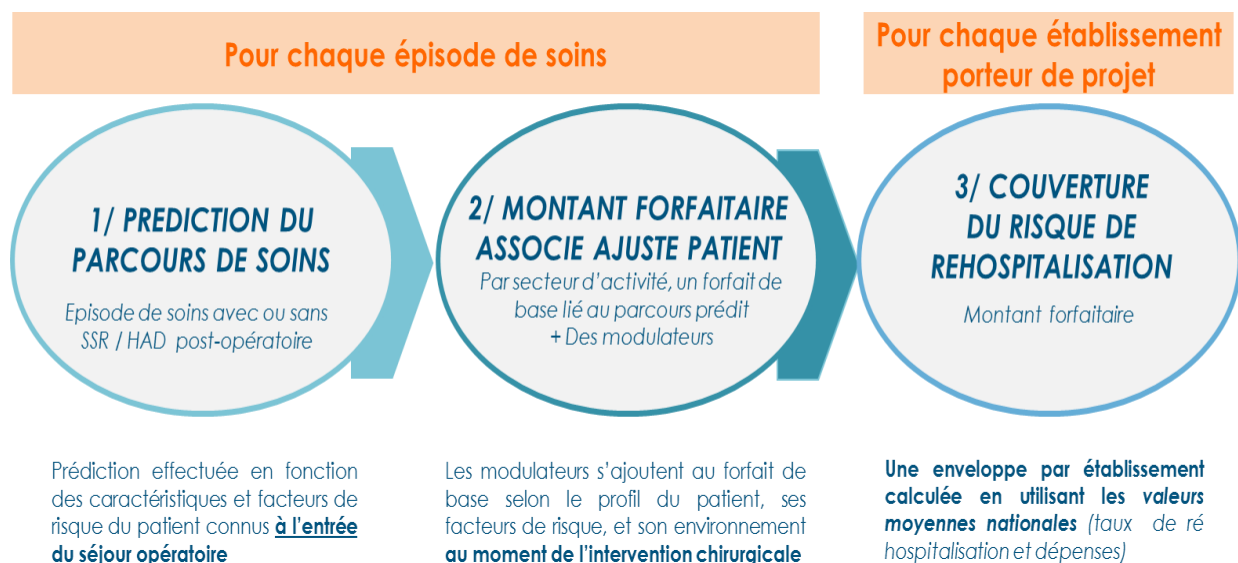
### 13.4 Principes de calcul des forfaits et d'ajustement au risque

Les forfaits sont nationaux, prédéfinis et identiques pour l'ensemble des acteurs de l'expérimentation appartenant à un même secteur d'activité.

Les travaux de modélisation et les calculs ont été réalisés à partir des prises en charge observées sur une cohorte nationale mi 2016 – mi 2018 constituée à partir des bases de l'Assurance Maladie.

**Les bases ont été regroupées avec les versions de la classification 2021 et les épisodes de soins valorisés avec les paramètres de la campagne tarifaire 2021** en intégrant la prise en compte de la mesure RAAC, et feront l'objet d'évolution au regard des campagnes tarifaires de référence des épisodes de soins. **Les éléments plus détaillés sont présentés dans la note méthodologique du kit d'information et d'accompagnement 2021 disponible sur la page dédiée à cette expérimentation sur le internet du ministère chargé de la santé et qui fera l'objet d'évolution au regard des effets des campagnes tarifaires.**

Calculs et composition des forfaits



L'ensemble des composantes du modèle (facteurs de risques, caractéristiques du patient, modèle prédictif, réhospitalisations, forfait de base, modulateurs...) développé lors de la période de co-construction avec les professionnels a fait l'objet de travaux complémentaires durant la phase d'apprentissage de l'expérimentation.

### 1. Prédiction d'un parcours dit « de base » pour chaque patient

Les variables considérées comme présentes à l'admission dans le séjour index, et influençant significativement la probabilité d'une prise en charge ou non en SSR ou HAD au décours de l'intervention, ont été identifiées par une analyse multivariée et ont permis de calculer le seuil au-delà duquel le parcours de base serait considéré comme avec ou sans SSR ou HAD.

*NB. Dans les travaux d'analyse, un parcours de base est dit avec SSR ou HAD si ce séjour débute dans les 48h suivant la sortie du séjour index, ou en cas d'absence de toute prise en charge (soins de ville ou séjour) entre la sortie du séjour index et le séjour SSR ou HAD en lien, quelle que soit cette durée.*

### 2. Le forfait de base

Le forfait peut prendre quatre valeurs pour un même épisode de soins selon le secteur de financement de l'établissement MCO dans lequel a eu lieu le séjour de chirurgie initial (ex-DG ou ex-OQN) et la prédiction d'un passage en SSR/HAD post-chirurgie (avec ou sans).

### 3. Des modulateurs pour prendre en compte le profil et les facteurs de risque de chaque patient

Un modulateur permet d'ajouter un montant prédéfini au forfait de base pour tenir compte des facteurs de risque ou caractéristiques du patient ou de sa prise en charge.

Dans le cadre de la PTH, ce sont 8 modulateurs, dont les montants sont propres à chaque parcours de base et à chaque secteur, qui ont été sélectionnés au regard de leur caractère explicatif de la dépense :

- Actes autres que NEKA014 et NEKA020
- Age >= 80 ans
- Comorbidités locomotrices
- Comorbidités cognitives
- Comorbidités socio-environnementales
- Autres comorbidités
- Patient résident en EHPAD en entrée ou en sortie du séjour inaugural
- Séjours en RAAC.

A titre indicatif les forfaits 2021 sont les suivants.

	Ex-DG		Ex-OQN	
	Parcours sans SSR	Parcours avec SSR	Parcours sans SSR	Parcours avec SSR
<b>FORFAITS DE BASE</b>	<b>6 302,14 €</b>	<b>7 605,25 €</b>	<b>4 729,37 €</b>	<b>6 056,04 €</b>
<b>MODULATEURS :</b>				
- Comorbidités liées à la locomotion	244,00 €	364,98 €	210,06 €	303,14 €
- Comorbidités cognitives	267,29 €	327,47 €	249,76 €	421,93 €
- Comorbidités socio- environnementales	460,72 €	126,67 €	103,00 €	38,28 €
- Autres comorbidités	185,81 €	256,46 €	127,13 €	187,73 €
- Acte autre que NEKA014 et NEKA020	147,18 €	233,92 €	188,84 €	205,70 €

- Agé de plus de 80 ans	914,93 €	827,64 €	590,22 €	600,06 €
- Résident en EHPAD	113,00 €	480,42 €	110,89 €	461,24 €
- Séjours en RAAC	45,99 €	45,99 €	26,00 €	26,00 €

La rémunération forfaitaire pour un épisode de soins correspond donc à une dépense de base, à laquelle peuvent s'ajouter un ou plusieurs montants additionnels en fonction des caractéristiques du patient et de sa prise en charge.

#### 4. Le risque de ré-hospitalisation est géré au niveau de l'établissement

Les travaux menés n'ont pas permis d'identifier des caractéristiques patients ou de prise en charge permettant de modéliser le risque de réhospitalisations ou la dépense associée. Ainsi, le choix a été fait d'utiliser les valeurs moyennes nationales pour chaque champ (MCO et SSR/HAD), secteur de financement du séjour index et parcours de base.

Le montant prévu est défini à partir du calcul du risque moyen de ré-hospitalisation et de la dépense moyenne pour une ré-hospitalisation, pour l'ensemble des épisodes de soins de l'établissement sur la période.

Chaque établissement percevra donc, pour l'ensemble de ses épisodes de soins, une enveloppe pour couvrir le risque de ré hospitalisation

	Ex-DG		Ex-OQN	
	Parcours sans SSR	Parcours avec SSR	Parcours sans SSR	Parcours avec SSR
<b>Ré-hospitalisations MCO spécifiques</b>				
- taux de ré-hospitalisation national	2,955%	0,851%	3,340%	1,509%
- dépenses moyennes des ré-hospitalisations	3 984,70 €	2 879,20 €	3 421,74 €	3 781,25 €
<b>Ré-hospitalisations MCO non spécifiques</b>				
- taux de ré-hospitalisation national	0,890%	0,490%	0,724%	0,545%
- dépenses moyennes des ré-hospitalisations	2 793,35 €	3 249,43 €	2 256,43 €	3 171,07 €
<b>Ré-hospitalisations SSR</b>				
- taux de ré-hospitalisation national	1,440%	3,508%	1,205%	3,532%
- dépenses moyennes des ré-hospitalisations	3 610,72 €	3 525,55 €	3 441,72 €	3 712,68 €

L'ensemble des composantes du modèle (facteurs de risques, caractéristiques du patient, modèle prédictif, réhospitalisation, forfait de base, modulateurs...) développé lors de la période d'apprentissage avec les professionnels pourra faire l'objet de travaux complémentaires durant la phase rétrospective de l'expérimentation.

## 13.5 La valorisation économique dans le modèle EDS

Durant la phase rétrospective les modes de financement actuels restent inchangés au cours de l'épisode de soins.

La gestion des résultats du modèle EDS est fondée sur la performance économique et les résultats qualité.

Pour chaque épisode de soins, on dispose, à l'issue de la prise en charge, des dépenses réelles observées et des dépenses théoriques.

**Le résultat économique des prises en charge sera mesuré en comparant les dépenses réelles observées pour les épisodes de soins réalisés, aux dépenses théoriques du modèle.**

Pour chaque porteur de projet, les dépenses théoriques, composées pour chaque épisode de soins des forfaits et modulateurs ainsi que du risque de ré-hospitalisation évalué du niveau de l'établissement, sont comparées aux dépenses observées (déduction fait de la contribution théorique à l'enveloppe qualité). Cet écart est appelé « résultat économique ».

Ce résultat économique peut être positif si les dépenses cibles sont supérieures aux dépenses observées, ou négatif dans le cas contraire.

**Afin de limiter les risques liés à des épisodes atypiques en termes de prise en charge ou de dépenses, les mécanismes de sauvegarde sont déclenchés et permettent d'exclure lors de la consolidation des résultats** les épisodes de soins :

- au cours desquels le patient décède ou reçoit des soins palliatifs, quel que soit le champ (MCO, SSR, HAD) ;
- dont la durée du séjour index est supérieure à 16 jours (99<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale observée sur la cohorte 2016-mi 2018) ;
- dont la dépense observée est supérieure à 19 918€ (97<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale observée sur la cohorte 2016-mi 2018).

## 13.6 La valorisation de la qualité dans le modèle EDS

La prise en compte et la valorisation de la qualité ont pour objectifs :

- De s'assurer que les efforts réalisés en matière de maîtrise des dépenses ne se font pas au détriment de la qualité des prises en charge ;
- D'inciter l'ensemble des acteurs impliqués à proposer une amélioration continue de la qualité et à prendre en compte l'expérience de leurs patients.

Dans cette optique, la composante qualité de l'expérimentation intègre des indicateurs de qualité et de performance ainsi que des indicateurs d'expérience patient.

### **13.6.1 Les indicateurs permettant de calculer le score qualité**

#### **Des indicateurs relatifs à la qualité des prises en charge préopératoires**

Les travaux menés avec l'appui de la HAS pendant la phase d'apprentissage ont permis de valider faisabilité, qualité métrologique et pertinence pour 2 indicateurs qui vont pouvoir être utilisés dans le calcul du score qualité.

- **Taux de dépistage et prise en charge de la dénutrition pré opératoire**
- **Taux de dépistage et prise en charge de l'anémie pré opératoire**

#### **Deux indicateurs de qualité et de sécurité des soins développés par la HAS et repris dans le cadre de l'expérimentation avec une adaptation des algorithmes pour un calcul sur le périmètre de l'EDS.**

- **EDS ISO Ortho** – Infections du site opératoire 3 mois après pose de prothèse de hanche -hors fracture
- **EDS ETE Ortho** – Mesure des événements thromboemboliques après pose de prothèse de hanche

#### **Des indicateurs relatifs à l'expérience et au retour des patients**

- **Indicateur de mesure de l'expérience du patient (PREMS) :**

Un questionnaire générique dédié à l'expérimentation est en cours de développement par la HAS.

A l'issue d'une première collecte de réponses, il a été revu pendant la phase d'apprentissage dans le cadre d'un groupe de travail de la HAS associant des expérimentateurs et des patients.

Ce questionnaire, qui évalue plusieurs dimensions des soins, est administré à deux moments spécifiques : après la sortie du séjour index et à la fin de l'épisode, chacun mesuré par des questions adaptées.

Ce questionnaire, actuellement testé par voie électronique, est disponible dans le kit d'information et d'accompagnement 2021.

A l'issue de la validation du questionnaire, une étape de validation d'un score sera nécessaire, l'objectif étant d'obtenir à terme un score par patient, puis agrégé par établissement.

**Dans le cadre de la première année de la phase 2 de l'expérimentation, c'est uniquement le taux de recueil des adresses mails, nécessaires pour administrer le questionnaire, qui sera pris en compte dans le calcul du score qualité.**

**A l'issue des travaux de la HAS, un travail sera mené dans l'optique d'une possible prise en compte du score de l'indicateur PREMS dans le score qualité pour les années suivantes.**

- **Questionnaire qualité de vie (PROMS) :**

La phase d'apprentissage a permis de valider la faisabilité et la pertinence de l'utilisation des PROMS dans le cadre d'une démarche visant à améliorer les pratiques de prises en charge, en disposant localement d'un retour sur leurs pratiques, et non pour comparer les porteurs de projets entre eux.

**Le questionnaire générique EQ-5D-5L développé par EuroQuol est retenu pour cette expérimentation ainsi que le questionnaire spécifique d'évaluation fonctionnelle du genou– HOOS-PS.**

Dans le cadre de l'expérimentation, c'est la réalisation de cette démarche, c'est-à-dire **le taux d'administration des PROMS**, et non son résultat, **qui sera prise en compte dans le score qualité**. Le questionnaire ainsi que sa notice d'administration sont disponibles dans le kit d'information et d'accompagnement.

Les questionnaires patients sont disponibles dans le [kit d'information et d'accompagnement 2021](#). La notice d'administration des questionnaires sera remise aux participants de l'expérimentation.

#### Un indicateur relatif au recueil de données

- **Taux d'exhaustivité de collecte des données identifiées pour calculer les indicateurs de l'expérimentation** (hors ceux utilisés pour le calcul du score).

La liste des données concernées par cet indicateur est disponible dans le kit d'information et d'accompagnement 2021.

Les fiches d'indicateurs précisant la définition, les objectifs associés et le cas échéant, les valeurs de référence et seuils sont disponibles dans le [kit d'information et d'accompagnement](#).

### 13.6.2 Principes de notation des indicateurs et de calcul du score qualité

Pour chaque indicateur, un nombre de points est calculé en comparant le résultat obtenu à une valeur cible (référence) et un seuil.

Lorsque le résultat est inférieur au seuil, c'est l'évolution par rapport à l'année précédente qui est utilisée pour calculer le nombre de points.

Le score qualité, calculé sur 100 points, prend en compte les résultats de différents indicateurs retenus à cet effet.

Le score qualité prend en compte les pondérations de chaque indicateur et est ensuite calculé selon la formule :

$$\text{Score qualité} = \sum (\text{points} \times \text{pondération})$$

Le détail du calcul est présenté en ANNEXE 1 – Calcul du score qualité.

### 13.6.3 Principes de rémunération de la qualité

Un compartiment qualité correspondant à 2% des dépenses théoriques des épisodes de soins a été identifié afin de rémunérer la qualité.

Le montant total de ce compartiment qualité correspond ainsi à 2% des dépenses théoriques de chaque porteur de projet. Pour chaque porteur de projet, cette enveloppe de 2% de ses dépenses théoriques correspond donc à sa contribution qualité.

Pour chaque porteur de projet, le résultat qualité est égal au produit du nombre de points par valeur du point EDS avec :

- Le nombre de points est égal au produit du Score qualité par la contribution qualité
- La valeur du point EDS est égale au quotient du montant total de l'enveloppe qualité sur la somme des points de l'ensemble des expérimentateurs.

Les tarifs campagne utilisés pour le calcul de la dépense observée ne prennent pas en compte le compartiment qualité EDS. La partie qualité de la dépense observée, 2% de l'enveloppe cible (et qui est préservée dans le calcul du résultat économique) a déjà été versée par les tarifs et doit donc être considérée comme une « avance ».

**Ainsi, dans le cadre de l'expérimentation, la rémunération de la qualité fonctionne sur une logique de redistribution /régularisation entre tous les établissements d'une enveloppe déjà versée. Et l'intéressement qualité est égal à la différence entre le résultat qualité et la contribution qualité.**

La méthode détaillée de calcul est présentée en Annexe 1 - Score qualité.

## 13.7 L'intéressement EDS

Dans le cadre du modèle de financement rétrospectif, une consolidation est réalisée à échéances fixes. Cette consolidation permet de calculer pour chaque porteur de projet, hors épisodes exclus, un résultat et un intéressement économique, ainsi qu'un intéressement à la qualité.

**L'intéressement EDS est égal à la somme de l'intéressement économique et de l'intéressement qualité.**

### 13.7.1 Paramètres pour le calcul

L'incitation à la qualité souhaitée dans le cadre de l'expérimentation a conduit à conditionner, dans le modèle rétrospectif, la gestion des résultats économiques qu'ils soient positifs ou négatifs, aux résultats qualité obtenus.

#### Durant les deux premières années de la phase rétrospective

- **Le résultat économique n'est pris en compte dans le calcul de l'intéressement EDS que s'il est positif. Dans ce cas, une redistribution est possible (intéressement économique) si et uniquement si le score qualité est supérieur ou égal à 50.**
- **L'intéressement qualité n'est pris en compte dans le calcul de l'intéressement EDS que s'il est positif.**

La valeur du seuil, fixée à 50, pourra être ajustée en fonction des résultats observés durant la phase 2-dite rétrospective.

La méthode détaillée de calcul est présentée en Annexe 2 – Calcul de l'intéressement EDS.

#### A partir de la 3<sup>ème</sup> année de la phase rétrospective :

Il est envisagé de prendre en compte dans le calcul de l'intéressement EDS le résultat économique, qu'il soit positif ou négatif, ainsi que l'intéressement qualité qu'il soit positif ou négatif.

Pour leur mise en œuvre, ces évolutions feront l'objet d'un avenant au cahier des charges.

### **13.7.2 Principes de redistribution / récupération du résultat économique**

Les redistributions et récupérations sont basées sur les trois principes suivants :

#### **Principe 1 : Un partage des risques entre les établissements porteurs et l'Assurance Maladie :**

- En cas de résultat économique POSITIF, seule une partie du gain pourra être reversée (c'est l'intéressement économique).
- En cas de résultat économique NEGATIF, seule une partie de la perte pourra être récupérée.
  - Seul l'établissement expérimentateur est concerné par une éventuelle récupération, qui restera donc intégralement à la charge de l'établissement de santé porteur du projet.

#### **Principe 2 : Une trajectoire progressive**

- Afin de prendre en compte la courbe d'apprentissage des participants, une trajectoire progressive a été définie pour permettre à chaque participant de se positionner et de mettre en place les organisations souhaitées les plus adaptées.

#### **Principe 3 : Une limitation des gains et des pertes**



- Plafonnement de l'intéressement économique à 10% de la dépense observée avec un montant maximal limité à 500 000€ ;
- Plafonnement du montant maximal récupérable à 3% de la dépense observée.

### 13.7.3 Trajectoire de redistribution/ récupération de l'intéressement EDS

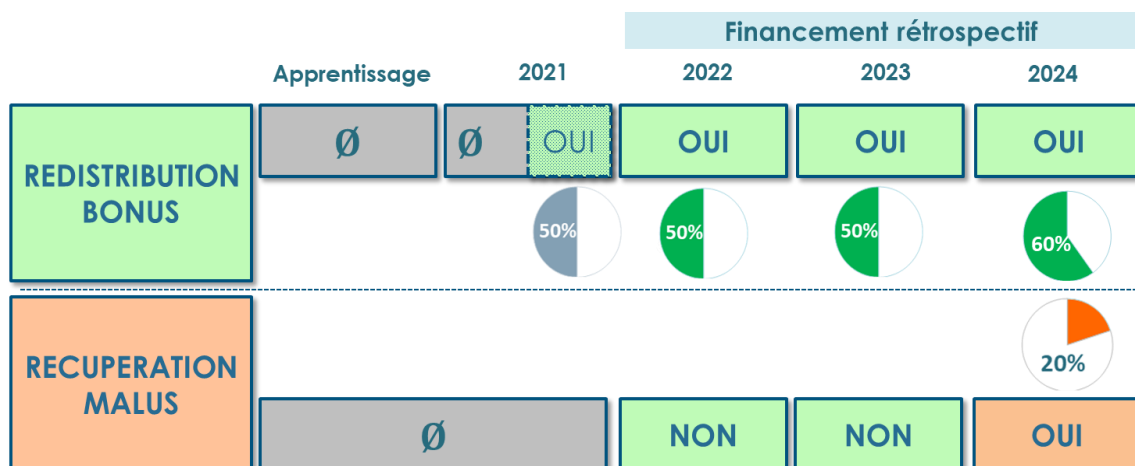
Conscient de la nécessité de proposer une approche évolutive permettant à chaque participant de se positionner et de mettre en place les organisations souhaitées les plus adaptées, **les deux premières années de financement rétrospectif s'attacheront uniquement à réallouer aux expérimentateurs les résultats financiers positifs (BONUS).**

Les résultats négatifs seront neutralisés et aucun montant ne sera récupéré auprès des expérimentateurs durant cette période.

#### Durant ces deux premières années de financement rétrospectif

- L'intéressement économique est égal à 50% du résultat économique dans la limite de 10% de la dépense totale observée, avec un montant maximal limité à 500 000€.
- L'intéressement qualité est toujours redistribué intégralement.

A partir de la 3<sup>ème</sup> année de financement rétrospectif, un partage des risques financiers pourra progressivement être mis en place entre les participants à l'expérimentation et l'Assurance Maladie.



La méthode détaillée de calcul est présentée en Annexe 2 - INTERESSEMENT EDS.

### 13.7.4 Principe de répartition de l'intéressement EDS

Le principe de répartition de l'intéressement EDS entre l'établissement porteur et ses partenaires (structures SSR, HAD et professionnels de ville...) constitue un prérequis dans le cadre de

## **l'expérimentation.**

En effet, au regard du périmètre intra et extra hospitalier de l'épisode de soins, une part de l'intéressement devra être réallouée en dehors de l'établissement de santé MCO ayant réalisé l'intervention chirurgicale. Cette répartition pourra faire l'objet d'un versement direct par la plateforme Art 51 ou d'un versement direct par l'expérimentateur lui-même. L'expérimentateur pourra également choisir de réserver une partie de l'intéressement EDS au financement d'actions en soutien des partenariats (actions de formation, travaux sur des protocoles, conférences, séminaires).

Pour autant, cette répartition doit s'inscrire en cohérence avec la responsabilité engagée par les différents intervenants dans la prise en charge des épisodes de soins. Les établissements de santé de référence, porteurs du projet d'expérimentation, sont responsables de la bonne gestion du projet et de la mise en œuvre coordonnée des organisations autour des épisodes de soins. A ces titres, la répartition de l'intéressement EDS les positionne comme les principaux bénéficiaires mais également comme les principaux porteurs de risque.

**Ainsi, pour chaque établissement porteur, le pourcentage minimal de redistribution aux partenaires est égal à la moitié du pourcentage des dépenses de base hors séjour index observé sur la dernière simulation/consolidation disponible.**

**Ce taux ne pourra cependant jamais dépasser 20%**, ce qui représente donc la contrainte maximale imposable de redistribution externe.

**Ce montant minimal à redistribuer est calculé par l'Assurance Maladie sur la base de la règle nationale et transmis à établissement porteur.**

Un exemple est présenté ci-dessous :

Calcul du pourcentage minimal de redistribution aux partenaires

	<b>INTERESSEMENT EDS</b>	<b>Dépenses de base hors index : Pct de la dépense des parcours de base</b>	<b>Taux calculé de redistribution</b>	<b>Pourcentage minimal obligatoire de redistribution aux partenaires</b>
<b>Etab 1</b>	<b>150 244 €</b>	<b>15,0%</b>	<i>7,50%</i>	<b>7,50%</b>
<b>Etab 2</b>	<b>8 875 €</b>	<b>34,1%</b>	<i>17,06%</i>	<b>17,06%</b>
<b>Etab 3</b>	<b>0 €</b>	<b>35,6%</b>	<i>17,78%</i>	<b>17,78%</b>
<b>Etab 4</b>	<b>122 282 €</b>	<b>51,7%</b>	<i>25,87%</i>	<b>20,00%</b>
		<i>% observé</i>	<i>50% du taux observé</i>	<i>50% du taux observé dans la limite de 20%</i>

Montants correspondants

	<b>INTERESSEMENT EDS</b>	<b>Montant MINIMAL de l'intéressement EDS A REDISTRIBUER AUX PARTENAIRES</b>	<b>Montant MAXIMAL de l'intéressement EDS QUI PEUT REVENIR A L'ETABLISSEMENT</b>
<b>Etab 1</b>	<b>150 244 €</b>	<b>11 268 €</b>	<b>138 976 €</b>
<b>Etab 2</b>	<b>8 875 €</b>	<b>1 514 €</b>	<b>7 361 €</b>
<b>Etab 3</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>
<b>Etab 4</b>	<b>122 282 €</b>	<b>24 456 €</b>	<b>97 825 €</b>

A l'issue de la consolidation, l'Assurance Maladie transmet donc à l'établissement :

- Résultat économique, intéressement économique et intéressement qualité
- Intéressement EDS et montant minimal à redistribuer.

**Sur ces bases, l'établissement devra renseigner dans la plateforme Art 51 les montants suivants :**

- 1. Le montant de l'intéressement EDS qui lui revient.** Ce montant lui sera versé par la plateforme Art 51. Le cas échéant, l'établissement pourra préciser les montants à verser directement aux professionnels exerçant en son sein et impliqués dans l'expérimentation.
- 2. Le montant total de l'intéressement EDS à redistribuer aux partenaires** (ce montant ne peut être inférieur au montant minimal calculé par l'Assurance Maladie) et préciser :
  - a. Les montants à verser directement par la plateforme aux partenaires identifiés
  - b. Le cas échéant, le montant à lui reverser pour soit rémunérer directement des partenaires (notamment ceux qui ne peuvent l'être par la plateforme), soit pour financer des actions en direction de ses partenaires.

**La possibilité d'un reversement à l'établissement porteur de toute ou partie du montant destiné à une redistribution externe offre une grande souplesse en termes de gestion permettant :**

- Une rémunération directe par la plateforme des partenaires identifiés
- ET/OU une délégation à l'établissement de toute ou partie des montants à redistribuer pour
  - Une rémunération des partenaires, notamment ceux qui ne peuvent l'être par la plateforme
  - ET/OU le financement d'actions en soutien des partenariats (formation, travaux sur des protocoles, conférences, séminaires).

Ces rémunération et actions devront être précisées dans une annexe à la convention de financement, dédiée à la justification de l'usage de l'intéressement, assurant ainsi une traçabilité nécessaire

permettant de justifier une utilisation conforme à l'objet.

### **13.7.5 Principe de récupération des malus**

La règle fixée par le présent cahier des charges est de ne pas faire porter cette éventuelle charge sur les acteurs extérieurs à l'établissement MCO porteur du projet (ville, SSR, HAD) dans le cadre de l'expérimentation ; et d'appuyer ainsi le déploiement d'organisations et de relations entre professionnels indispensables pour favoriser la coordination et la bonne réalisation des épisodes de soins.

**Le malus éventuel restera donc intégralement à la charge de l'établissement de santé porteur de projet.**

## **13.8 Le besoin de financement**

Le financement de l'expérimentation est assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS).

Des crédits d'amorçage ont été versés aux participants à l'expérimentation en 2019 pour la vague 1 et en 2020 pour la vague 2. Ces crédits ont fait l'objet d'une prolongation en 2021.

**L'estimation du besoin de financement est réalisée sur la base des résultats des simulations établissements actualisées par l'ATIH, en appliquant les règles de gestion décrites dans le présent cahier des charges, et avec une hypothèse de redistribution de 25% de l'enveloppe qualité au titre de la régularisation dans le cadre de l'intéressement qualité.**

**Avec ces paramètres, le besoin de financement total pour la prise en charge en chirurgie orthopédique PTH peut être estimé à environ 9,9 M d'euros.**

**Dont :**

- **1,8 M d'euros au titre des crédits d'ingénierie et d'amorçage,**
- **1,9 M d'euros au titre du financement de la coordination,**
- **6,2 M d'euros pour la gestion des résultats économique et qualité.**
- **54 K d'euros au titre du dispositif forfait IDEL**

**Ainsi, le besoin de financement annuel serait d'environ**

- **1 M d'euros en 2019 et 2020 au titre des crédits d'ingénierie et d'amorçage**
- **0,8 M d'euros en 2021 au titre des crédits d'ingénierie et d'amorçage**
- **0,2 M d'euros pour 2023 au titre des épisodes de soins 2021**

- 2,4 M d'euros pour 2023 au titre des épisodes de soins 2022
- 2,7 M d'euros pour 2024 au titre des épisodes de soins 2023
- 2,8 M d'euros pour 2025 au titre des épisodes de soins 2024
- 54 K d'euros pour fin 2023 et 2024 au titre du dispositif forfait IDEL

## 14 Suivi et évaluation du modèle de financement et de son impact sur la qualité, pertinence, sécurité et efficacité des soins

L'amélioration de la qualité, de la pertinence, de la sécurité et de l'efficacité des soins sont les principaux objectifs poursuivis par cette expérimentation.

Afin de suivre l'atteinte de ces objectifs, des indicateurs de processus, de moyens et de résultats ont été définis conjointement avec la HAS et les participants à la co-construction de l'expérimentation (Liste en Annexes).

Plusieurs objectifs sont poursuivis par ces indicateurs et notamment :

- Mesurer la qualité et la pertinence de la prise en charge pré / per et post intervention chirurgicale et son évolution ;
- Mesurer l'impact de l'expérimentation sur la prise en charge des patients ;
- Prendre en compte les retours des patients ;
- Contribuer à évaluer la faisabilité et la robustesse d'un financement à l'épisode de soins.

Ces indicateurs peuvent répondre à une ou plusieurs utilisations dans le cadre de l'expérimentation :

- Le suivi de l'expérimentation ;
- L'évaluation de l'expérimentation ;
- Le financement de l'expérimentation.

Ils seront calculés à partir des données et informations disponibles dans le SNDS ou collectées spécifiquement pour l'expérimentation et renseignées [dans la plate-forme Article 51](#).

La phase d'apprentissage a permis d'affiner leur définition et modalités de calcul, de tester la faisabilité de collecte et d'analyse, de simuler les premiers résultats et d'en évaluer la pertinence et robustesse pour pouvoir les utiliser dans l'expérimentation.

Les fiches indicateurs précisant la définition, les objectifs associés et le cas échéant, la valeur de référence et le seuil sont disponibles dans [le kit d'information et d'accompagnement 2021](#).

## 15 Modalités de financement et d'accompagnement

Au regard du contexte sanitaire, et pour assurer la poursuite du bon déroulement de l'expérimentation, la poursuite d'un accompagnement financier des expérimentateurs a été décidée.

Cet accompagnement financier vise à assurer la poursuite de leur engagement pour sécuriser les actions relatives aux données (collecte, interfaçage entre les SIH et la plateforme A51...) liées à la mise en œuvre du modèle, et, dans l'attente de la mise en œuvre de la redistribution des intéressements (en fin de première année de la phase rétrospective), à ne pas créer de rupture dans la mise en œuvre des actions de coordination des prises en charge associée à une organisation décloisonnée (hôpital-ville) du dispositif.

Le montant de la poursuite de cet accompagnement financier a été fixé à 75% du montant des 1er crédits d'amorçage versés. Ce montant sera versé en deux temps :

- **Un premier versement égal à 50 % du montant à la signature de la convention.**
- **Le solde de la subvention sera versé dans un délai de 9 mois sous réserve de :**

La signature par le bénéficiaire de la convention de financement de l'expérimentation avec la CNAM (qui formalise l'engagement de l'établissement dans la phase rétrospective) ;

- La remise d'une attestation d'utilisation des crédits conforme à leur objet (annexe 3) signée par le représentant de l'établissement de santé porteur du projet.

**En complément, un accompagnement national porté par l'équipe projet nationale (Cnam / DGOS) et local (ARS et représentants de l'Assurance Maladie) est proposé pour soutenir les porteurs de projets dans la mise en œuvre de leur expérimentation.**

Il vise à sécuriser le projet d'expérimentation des participants et la trajectoire de mise en œuvre envisagée, d'apporter les supports nationaux facilitant et d'assurer la cohérence et la diffusion d'information entre tous les participants afin de permettre les partages de bonnes pratiques, les échanges opérationnels et la diffusion d'information entre tous.

- Des sessions collectives d'appui, d'échanges et de retours d'expérience seront organisées régulièrement (environ 1 par trimestre) ;
- Des sessions individuelles pourront être organisées sur la base des retours observés et si besoin à la demande des porteurs de projets ;
- La mise à disposition d'un espace de partage de documents entre les acteurs ;
- Une boîte email générique [episodedesoins@sante.gouv.fr](mailto:episodedesoins@sante.gouv.fr) dédiée pour permettre à chacun de

poser des questions sur le projet et soulever les points nécessitant attention.

Afin de faciliter la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation, des supports type seront mis à disposition des participants au lancement de l'expérimentation (cf. [Kit d'information et d'accompagnement](#)).

La phase d'apprentissage devra également permettre de faire émerger les supports génériques nationaux qui pourraient être nécessaires de mettre à disposition des expérimentateurs.

## 16 Les besoins en système d'information

### 16.1 Services numériques destinés à faciliter les prises en charge coordonnées et dossier patient

Afin de mettre en œuvre l'expérimentation, les participants à l'expérimentation ont besoin de partager et d'échanger des informations entre professionnels de santé autour de la prise en charge coordonnée de leurs patients EDS. Aussi, le participant à l'expérimentation devra s'assurer de la possibilité de **partager et d'échanger des informations de manière dématérialisée autour du patient** dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles, **en s'appuyant notamment sur les services existants de la e-santé tels que le dossier médical partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) et Viatrajectoire.**

Pour les participants ne disposant pas d'outils numériques permettant de partager et échanger des informations autour des patients et de leur prise en charge, il sera invité à s'outiller via **la stratégie régionale e-santé de mise en œuvre des services numériques de coordination**, déployés par l'ARS et sa maîtrise d'ouvrage régionale e-santé, le GRADeS<sup>9</sup>.

Ceci permettra au groupement de bénéficier de services numériques de coordination compatibles et interopérables avec ceux déployés régionalement, notamment au niveau des dispositifs d'appui aux parcours complexes, et conformes au cadre national d'urbanisation des SI de santé porté par la Direction à la Transformation Numérique en Santé (DTNS). Ainsi, les solutions déployées par l'ARS et le GRADeS respectent notamment le cadre réglementaire de sécurité des données de santé (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé ([PGSSI-S](#)) qui fixe le cadre de la sécurisation du numérique en santé ; elles s'appuient par ailleurs sur le [cadre d'interopérabilité des SI de santé](#).

Les outils informatiques devront permettre à terme d'assurer la collecte des données structurées nécessaires au déroulement et à l'évaluation de l'expérimentation.

Les calculs réalisés pour prédire les parcours attendus des patients et les montants forfaitaires associés

---

<sup>9</sup> Le GRADeS est le Groupement Régional d'Appui à la e-Santé ; l'ARS lui confie la mise en œuvre de la stratégie régionale e-santé, à l'appui des professionnels et structures des secteurs sanitaire, médicosocial et du social en tant que de besoin, conformément à l'instruction N°SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation pour la mise en œuvre de la stratégie e-santé en région.

et pour suivre et évaluer la qualité des prises en charge et de l'expérimentation s'appuient sur des données disponibles dans le SNDS, mais également sur des données renseignées dans les logiciels informatiques des établissements et professionnels de santé. Par ailleurs, certaines données aujourd'hui non renseignées feront l'objet d'une collecte spécifique pour l'expérimentation. Ces données, présentées [dans le kit d'information et d'accompagnement](#), devront faire l'objet d'une attention particulière dans leur structuration et collecte afin d'assurer leur qualité et mobilisation pour l'expérimentation.

## 16.2 Articulation avec la plateforme Art 51 développée par l'Assurance Maladie

Une plate-forme dédiée aux innovations portées dans le cadre de l'Article 51 est déployée par l'Assurance Maladie.

Elle a pour but la mise en œuvre des rémunérations dérogatoires associées aux expérimentations de l'article 51, de collecter les données nécessaires à leurs évaluations ainsi que d'en assurer le pilotage et le suivi.

Dans le cadre de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins, elle permettra :

- Le référencement et suivi des participants à l'expérimentation (structures et praticiens) et des patients inclus dans l'expérimentation (nombre de patients, état de l'épisode de soins...);
- La collecte des données nécessaires au financement, au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation auprès des expérimentateurs et des patients avec l'administration de questionnaires à son attention ;
- Le reporting relatif à l'expérimentation pour les participants, à un niveau agrégé de résultats (suivi et évolution des indicateurs d'activité dans l'expérimentation, de qualité, pertinence et sécurité des soins, des retours patients et des résultats financiers) ;
- Le calcul des rémunérations, paiement et contrôles associés par l'Assurance Maladie et les CPAM.

Afin de limiter au maximum la charge administrative pour les acteurs (et notamment la double saisie d'informations), l'Assurance Maladie proposera un cadre d'interopérabilité afin de permettre des exports facilités de données à partir des systèmes d'information des participants.

Pour rappel, cette plate-forme n'est pas un dossier médical patient ou un dossier de coordination pour le parcours de soins qui pourront être proposés par ailleurs par les participants de l'expérimentation. Les traitements de données nécessaires à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des patients restent de la responsabilité des acteurs conformément aux principes issus du règlement général sur la protection des données et de la loi dite informatique et libertés.



## 17 Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Une évaluation systématique des projets d'expérimentation entrant dans le dispositif article 51 est prévue par la loi. S'agissant de l'évaluation de l'expérimentation du paiement à l'épisode de soins, celle-ci sera nationale et sera réalisée durant toute la durée de l'expérimentation par un évaluateur indépendant, sélectionné à l'issue d'un appel d'offres.

L'évaluation doit permettre d'évaluer le modèle de prise en charge proposé sur les plans médical, organisationnel et économique.

**En cohérence avec les grands objectifs qui lui ont été assignés, l'évaluation aura pour ambition principale :**

- D'évaluer le caractère incitatif de ce type de financement, sur la qualité du service rendu au patient, sur les résultats de soins, sur l'efficacité des prises en charge et sur le développement de coopérations et d'organisations innovantes entre les acteurs ;
- De vérifier la faisabilité technique et opérationnelle du modèle de paiement forfaitaire ;
- De donner les arguments permettant de se prononcer sur l'intérêt d'une généralisation de ce mode de paiement à une échelle géographique plus large, voire à d'autres processus de soins, et les modalités et conditions associées à ce déploiement.

**Une attention particulière sera portée à :**

- Qualifier les moyens mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation ;
- Identifier et décrire les organisations mises en place et le contexte dans lequel elles s'inscrivent ;
- Suivre et évaluer les effets non prévus ou effets de bord (déport des épisodes de soins, ...), qu'ils soient positifs ou négatifs, avec notamment un éventuel impact de l'expérimentation en termes de sélection adverse des patients, effets de spécialisation des établissements.

**L'évaluation se structurera autour :**

- **D'une démarche qualitative** (études de cas détaillés, questionnaires et retours d'expérience des professionnels de santé, focus groups, workshops...) ;
- **D'une démarche quantitative** reposant sur l'analyse de données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) ou de la Plateforme de facturation mise en place pour l'article 51.

L'évaluation du projet fera l'objet d'une communication régulière des résultats avec les participants de l'expérimentation.

L'évaluation sera réalisée par un consortium associant l'École des Hautes Etudes En Santé Publique, Sciences po Paris et Paris School Economics / Hospinomics, sélectionné à l'issue d'un appel d'offre publié en 2020.

## **18 Nature des informations recueillies sur les patients dans le cadre de l'expérimentation et modalités selon lesquelles elles seront recueillies, utilisées et conservées**

### **Le projet nécessite-t-il des données spécifiques auprès des patients ? Comment sont-elles recueillies et stockées ?**

Le suivi de certains indicateurs nécessitera un recueil ad hoc par les acteurs de l'expérimentation au sein de leurs systèmes d'information (cf. fichier des données à collecter). Les équipes soignantes restent alors responsables du traitement de ces données et de l'éventuel recueil du consentement du patient dans ce cadre.

Dans le cadre de l'expérimentation, un questionnaire spécifique portant sur l'expérience du patient dans le cadre de l'épisode de soins est administré aux patients.

Pour ce faire, les adresses électroniques des patients de l'expérimentation, lorsque disponibles, sont recueillies par les professionnels puis adressées à la plate-forme Article 51.

Dans les conditions d'administration prévues par la HAS (administration électronique via l'e-mail), le questionnaire est ensuite adressé aux patients. Un lien leur est adressé via leur adresse électronique les invitant à renseigner le questionnaire.

L'administration du questionnaire et le recueil des réponses sont assurés par la plate-forme.

Par ailleurs, la faisabilité pratique et les conséquences méthodologiques d'une diversification des modes d'administration des PREMS (par voie papier notamment) sont en cours d'instruction.

L'expérimentation prévoit également l'administration d'un questionnaire de qualité de vie (EQ 5D 5L) et d'un questionnaire d'évaluation fonctionnelle auprès des patients, en amont et à la suite de l'intervention chirurgicale.

L'obligation d'information préalable des patients sur l'ensemble des finalités pour lesquelles les données sont traitées devra, dans tous les cas, être respectée.

### **Les données ont-elles vocation à être partagées avec d'autres professionnels ou structures que celui qui a recueilli la donnée, selon quelles modalités ?**

Les données recueillies par les participants à l'expérimentation seront transmises à partir de leurs systèmes d'information dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité des données.

Les réponses aux questionnaires patients concernant leur expérience font l'objet de travaux statistiques par la HAS dans le respect de l'anonymat des réponses et via une plateforme sécurisée. Par ailleurs, l'Assurance Maladie partagera avec les professionnels concernés par l'expérimentation des données agrégées concernant les résultats financiers et qualité de l'expérimentation. Ces restitutions anonymes et agrégées feront également l'objet de présentations de la part des institutions pilotes du projet.

**Les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies doivent être, le cas échéant, précisées.**

Le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoit que le patient est informé de l'existence de l'expérimentation et du partage éventuel des données le concernant entre les acteurs de l'expérimentation, concourant à sa prise en charge. Sur ce partage de données, l'absence d'opposition (exprimée par tout moyen y compris sous forme dématérialisée) du patient dûment informé vaudra consentement. Dès lors, il convient seulement que soit tracé le fait que le patient a bien reçu l'information.

L'information du patient de l'expérimentation est initiée au moment de la consultation avec le chirurgien et complétée par la suite si nécessaire lors des échanges entre le patient et l'infirmier de coordination, lors de la phase préopératoire. Une note d'information patient lui sera remise lors de ces échanges. Une proposition est mise à disposition des expérimentateurs [dans le kit d'information et d'accompagnement](#).

Par ailleurs, un courrier électronique informera les patients concernant la collecte, le stockage, le partage et l'utilisation des données recueillies dans le cadre de sa réponse au questionnaire expérience patient.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite loi « informatique et libertés »), l'Assurance Maladie est responsable du traitement des données pour la gestion de l'expérimentation sur la plateforme, et co-responsable avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des données d'évaluation, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité des données personnelles qui seront collectées dans le cadre de cette expérimentation.

La loi protège le caractère privé et la sécurité des informations concernant la santé. Seuls les établissements de santé et professionnels de santé travaillant ensemble à la prise en charge thérapeutique des patients auront la possibilité de lire et partager les informations concernant les dossiers médicaux afin d'améliorer les parcours de soins.

Les patients ont la possibilité de s'opposer, par tout moyen, y compris dématérialisé (courrier, message électronique), au partage d'information[s] entre les professionnels participant à l'expérimentation ou à des fins d'évaluation.

## 19 Liens d'intérêts

Dans le cadre du projet d'expérimentation Paiement à l'épisode de soins, et au regard de son périmètre, il n'est pas demandé aux professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation de remettre à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

## 20 Éléments bibliographiques d'expériences étrangères

- Commonwealth Fund (2020). [Bundled-Payment Models Around the World : How they work and what their impact has been](#)
- The Journal of the Norwegian Medical Association (2020). [An introduction to bundled payments](#)
- Health Affairs (2020). [Spending and Quality After Three Years of Medicare's Voluntary Bundled Payment for Joint Replacement Surgery](#)
- Health Affairs (2020). [Target Prices Influence Hospital Participation and Share Saving in Medicare Bundled Payment Program](#)
- Lewin Group (2020). CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative (BPCI) Models 2-4 : Year 6 Evaluation and Monitoring Annual Report
- Revue d'épidémiologie et de Santé Publique (2020). [Expérimentation d'un modèle de financement à l'épisode de soins : exemple de la PTH](#)
- Center for Medicare & Medicaid Innovation (2020). [Comprehensive Care for Joint Replacement \(CJR\) Model : Synthesis of the Evaluation of Performance Years 1 to 3 \(2016- 2018\)](#)
  - Hospinomics (2017), [Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins](#)
  - Karolinska Institutet (2017), Effects of introducing bundled payment and patients' choice of provider for elective hip and knee replacements in Stockholm county
  - Institut C.D. Howe (2017), Integrated Funding : Connecting the Silos for the Healthcare We Need
  - Lewin Group (2017), [CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 24 : Year 3 Evaluation & Monitoring Annual Report](#)
  - Lewin Group (2018), [CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 24 : Year 4 Evaluation & Monitoring Annual Report](#)
  - Lewin Group (2018), [CMS Bundled Payments for Care Improvement Initiative Models 24 : Year 5 Evaluation & Monitoring Annual Report](#)
  - Lewin Group (2018), [CMS Bundled Payments for Joint Replacement Model : Performance Year](#)

## 1 Evaluation Report

- OECD (2016), [BetterWays to Pay for Health Care](#)
- University of Toronto (2015), Bundling Care and Payment : Evidence From Early-Adopters
- National Institute for Public Health and the Environment (2012), Three years of bundle payment for diabetes care in the Netherlands

## 21 Liste des annexes et documents mis à disposition des participants à l'expérimentation

### 21.1 Liste des annexes

- a. Score qualité
- b. Intéressement EDS
- c. Liste des indicateurs mobilisés pour le suivi, l'évaluation et / ou le financement

### 21.2 Kit d'information et d'accompagnement 2021

#### 1) Documentation Modèle

- Fiches périmètre actualisées
- Notes Méthodologique ATIH Modélisation et forfait
- Listes Actes Comorbidités et Réhospitalisation

#### 2) Documentation Qualité

- PREMS PROMS
  - PREMS EDS version V2
  - EDS HAS IQSS 2019 GUIDE PROMS
  - Q PROMS HOOS et KOOS PS
  - IQSS guide HAS PROMS général 2021
  - Rapport HAS panorama PROMS PREMS 2021
- Fiches indicateurs 2021 -2022

#### 3) Documentation PLTF Art 51

- Norme échange EDS
- Recueil Partenaires Intéressement

#### 4) Documentation Conventions

- Convention CNAM de financement

- Convention CNAM d'adhésion partenaire primaire
- Modèle de Convention d'adhésion partenaire secondaire
- Convention CNAM D'ADHESION IDEL

## 22 ANNEXES

### 22.1 ANNEXE 1 – SCORE QUALITE

#### 22.1.1 Indicateurs, valeurs de référence et pondérations

Les trois paramètres suivants sont associés à chaque indicateur :

- **Une pondération** : c'est le nombre de point maximal que permet d'obtenir l'indicateur dans le calcul du score.
- **Un seuil** : c'est la valeur qui garantit au moins 50% des points de la pondération, attribués à l'indicateur dans le calcul du score.
- **Une cible** : c'est la valeur qui garantit 100% des points de la pondération, attribués à l'indicateur dans le calcul du score.

Pour certains indicateurs, une condition pour la prise en compte du résultat dans le calcul du score a été fixée.

En cas de non-respect de cette condition, le nombre de points de pondération pris en compte dans le calcul du score pour l'indicateur concerné est automatiquement égal à 0.

INDICATEURS	PONDERATION	SEUIL	CIBLE	Condition pour prise en compte
ETE ORTHO EDS	13	< classe + 3 DS	< classe + 2 DS	Sans Objet
ISO ORTHO EDS	20	< classe + 3 DS	< classe + 2 DS	Sans Objet
Taux de Dépistage et prise en charge pré opératoire de l'anémie	15	60%	80%	Exploitation possible pour au moins 80% des EDS
Taux de Dépistage et prise en charge pré opératoire de la dénutrition	15	75%	90%	Exploitation possible pour au moins 80% des EDS
PREMs - Taux de collecte des mails	12	80%	95%	Taux de collecte >=50%
PROMs - EQ 5D 5L / HOOS PS / KOOS PS - Taux d'administration pour les patients EDS	12	30%	50%	Sans Objet
Taux d'exhaustivité dans la collecte des données	13	70%	90%	Sans Objet
	100			

## 22.1.2 Principes de calcul des points pour chaque indicateur

Pour chaque indicateur, le nombre de points est calculé en fonction :

- Du seuil,
- De la cible,
- Du résultat de l'année N,
- Et éventuellement du résultat de l'année N-1.

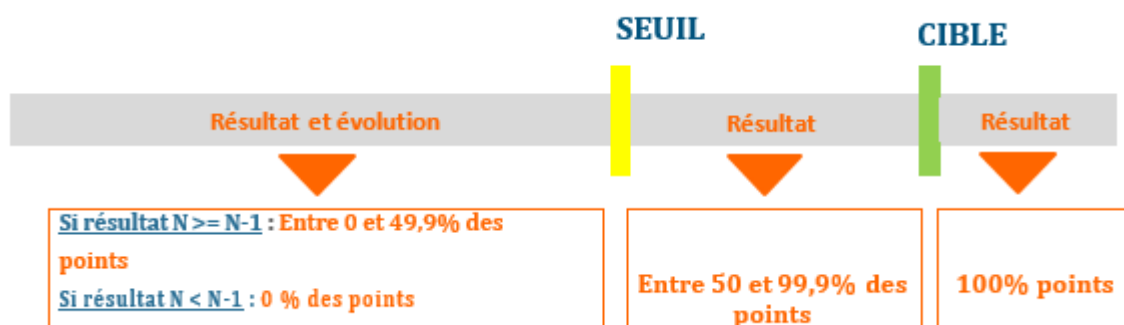
Cela permet une prise en compte à la fois de la position et de l'évolution par rapport à l'année N-1.

**Lorsque le résultat est  $\geq$  à la cible** le nombre de point = Pondération \* 100%.

**Lorsque le résultat est  $\geq$  seuil mais  $<$  à la cible** le pourcentage obtenu des points de la pondération est au minimum de 50%, et strictement proportionnel au chemin parcouru entre le seuil et la cible.

**Lorsque le résultat est  $<$  au seuil et qu'il est au moins égal au résultat observé en N-1** le pourcentage obtenu des points de la pondération est au maximum de 50%, et strictement proportionnel au chemin parcouru jusqu'au seuil.

**Lorsque le résultat est  $<$  au seuil et qu'il est inférieur au résultat observé en N-1** le pourcentage obtenu des points de la pondération est de 0%.





### 22.1.3 Cas particulier : les indicateurs ISO et ETE ORTHO EDS

Le pourcentage des points n'est fonction que de la classe dans laquelle se trouve l'établissement l'année N. L'évolution d'une année sur l'autre n'est pas prise en compte dans l'attribution des points.

CLASSE	>= + 3 DS	< + 3 DS et >= + 2 DS	< + 2 DS
% POINTS	0%	50%	100%

### 22.1.4 Méthode de calcul des points pour chaque indicateur (hors ETE et ISO)

INDICATEUR	SEUIL	CIBLE	PONDERATION
	75%	90%	15

		Etab 1	Etab 2	Etab 3
	<b>RESULTAT</b>	<b>92%</b>	<b>80%</b>	<b>60%</b>
	Positionnement résultat	>=cible	seuil<= et < cible	< seuil
1	Pourcentage de pondération acquis	100%	50%	0%
2	Pct Maximal de la pondération restants à attribuer	0%	50%	50%
3	Ecart entre la Cible et le seuil		15%	
4	Chemin parcouru entre le seuil et la cible (résultat - seuil)		5%	
5	Pct du chemin parcouru entre le seuil et la cible (4/3)		33,33%	
6	Pct correspondant de pondération restant à attribuer (5*2)		16,67%	
7	Chemin parcouru jusqu'au seuil (résultat étab)			60%
8	Pct du chemin parcouru jusqu'au seuil (résultat étab/seuil)			80,0%
9	Pct correspondant de pondération restant à attribuer (8*2)			40,0%
10	Pct final de la pondération [(Etab 2 =2+6) et (Etab 3 =2+9)]	100%	66,67%	40,0%
11	Nombre de points de la pondération (10*pondération)	<b>15,00</b>	<b>10,00</b>	<b>6,00</b>

### 22.1.5 Calcul du score qualité

Le score est calculé en sommant le nombre de points de la pondération obtenus pour chacun des indicateurs.

Il est compris entre 0 et 100.

## 22.2 ANNEXE 2 – INTERESSEMENT EDS

### 22.2.1 Calcul de l'intéressement qualité

Pour chaque établissement : la **contribution qualité** est égale à 2% de la dépense théorique.  
 La somme des contributions qualité de l'ensemble des expérimentateurs = **Enveloppe qualité**

	Nb EDS	Contribution qualite
<b>Etab 1</b>	640	<b>91 259 €</b>
<b>Etab 2</b>	1 200	<b>194 674 €</b>
<b>Etab 3</b>	253	<b>49 284 €</b>
<b>Etab 4</b>	150	<b>34 401 €</b>
	<b>2 243</b>	<b>369 619 €</b> ← Enveloppe qualité

Pour chaque établissement le **nombre de points qualité** = score \* contribution qualité.

$$\text{La valeur du point EDS dans l'expérimentation} = \frac{\sum \text{Contributions qualité}}{\sum \text{Nombre de points qualité}}$$

	Nb EDS	Contribution qualite	SCORE	NB POINTS	Valeur point EDS
<b>Etab 1</b>	640	<b>91 259 €</b>	<b>70</b>	<b>6 388 138</b>	
<b>Etab 2</b>	1 200	<b>194 674 €</b>	<b>82</b>	<b>15 963 305</b>	
<b>Etab 3</b>	253	<b>49 284 €</b>	<b>66</b>	<b>3 252 756</b>	
<b>Etab 4</b>	150	<b>34 401 €</b>	<b>98</b>	<b>3 371 345</b>	
	<b>2 243</b>	<b>369 619 €</b>		<b>28 975 544</b>	<b>0,0128 €</b>

Pour chaque établissement

**Le résultat qualité** = nombre de points qualité X valeur du point EDS

	Nb EDS	Contribution qualite	SCORE	NB POINTS	Valeur point EDS	Résultat qualité
<b>Etab 1</b>	640	91 259 €	70	<b>6 388 138</b>		<b>81 489 €</b>
<b>Etab 2</b>	1 200	194 674 €	82	<b>15 963 305</b>		<b>203 632 €</b>
<b>Etab 3</b>	253	49 284 €	66	<b>3 252 756</b>		<b>41 493 €</b>
<b>Etab 4</b>	150	34 401 €	98	<b>3 371 345</b>		<b>43 006 €</b>
	<b>2 243</b>	<b>369 619 €</b>		<b>28 975 544</b>	<b>0,0128 €</b>	<b>369 619 €</b>

**L'intéressement qualité** = **Résultat qualité** - **contribution qualité**

	Nb EDS	Contribution qualite	SCORE	NB POINTS	Valeur point EDS	Résultat qualité	Intéressement qualité
<b>Etab 1</b>	640	<b>91 259 €</b>	70	6 388 138		<b>81 489 €</b>	<b>-9 770 €</b>
<b>Etab 2</b>	1 200	<b>194 674 €</b>	82	15 963 305		<b>203 632 €</b>	<b>8 957 €</b>
<b>Etab 3</b>	253	<b>49 284 €</b>	66	3 252 756		<b>41 493 €</b>	<b>-7 791 €</b>
<b>Etab 4</b>	150	<b>34 401 €</b>	98	3 371 345		<b>43 006 €</b>	<b>8 604 €</b>
	<b>2 243</b>	<b>369 619 €</b>		<b>28 975 544</b>	<b>0,0128 €</b>	<b>369 619 €</b>	<b>0 €</b>

**L'intéressement qualité est pris en compte dans le calcul de l'intéressement EDS uniquement lorsqu'il est positif.**

	Contribution qualite	Résultat qualité	Intéressement qualité	INTERESSEMENT QUALITE PRIS EN COMPTE
<b>Etab 1</b>	91 259 €	81 489 €	-9 770 €	<b>0 €</b>
<b>Etab 2</b>	194 674 €	203 632 €	8 957 €	<b>8 875 €</b>
<b>Etab 3</b>	49 284 €	41 493 €	-7 791 €	<b>0 €</b>
<b>Etab 4</b>	34 401 €	43 006 €	8 604 €	<b>8 506 €</b>
	<b>369 619 €</b>	<b>369 619 €</b>	<b>0 €</b>	

### 22.2.2 Calcul du résultat économique

Pour chaque établissement, le **résultat économique est égal à l'écart entre les dépenses théoriques et observées avec prise en compte de l'erreur du modèle et de la contribution théorique à la qualité.**

	Nb EDS	Contribution qualité	Dépenses observées	Dépenses théoriques	Résultat économique
<b>Etab 1</b>	640	91 259 €	4 171 208 €	4 380 437 €	<b>300 488 €</b>
<b>Etab 2</b>	1 200	194 674 €	10 237 972 €	9 344 373 €	<b>-698 924 €</b>
<b>Etab 3</b>	253	49 284 €	2 490 659 €	2 365 641 €	<b>-75 734 €</b>
<b>Etab 4</b>	150	34 401 €	1 458 122 €	1 651 271 €	<b>227 551 €</b>

**Le résultat économique est pris en compte dans le calcul de l'intéressement EDS uniquement lorsqu'il est positif.**

	Nb EDS	Contribution qualité	Dépenses observées	Dépenses théoriques	Résultat économique	RESULTAT ECONOMIQUE PRIS EN COMPTE
<b>Etab 1</b>	640	91 259 €	4 171 208 €	4 380 437 €	300 488 €	<b>300 488 €</b>
<b>Etab 2</b>	1 200	194 674 €	10 237 972 €	9 344 373 €	-698 924 €	<b>0 €</b>
<b>Etab 3</b>	253	49 284 €	2 490 659 €	2 365 641 €	-75 734 €	<b>0 €</b>
<b>Etab 4</b>	150	34 401 €	1 458 122 €	1 651 271 €	227 551 €	<b>227 551 €</b>

### 22.2.3 Calcul de l'intéressement EDS

**L'intéressement EDS est égal au résultat économique redistribuable + intéressement qualité.**

- Le résultat économique redistribuable
  - o est égal à 50% du résultat économique pris en compte si le score qualité est  $\geq 50$  dans la limite de 10% de la dépense totale observée avec un maximum de 500 000€
  - o est égal à 0€ si le score qualité est  $< 50$ .
  
- L'intéressement qualité pris en compte est toujours redistribué.

	Dépenses observées	10% dép obs	Score qualité	Résultat économique pris en compte	50% Résultat économique	< =10% dép obs OU <500 000€	Score qualité >=50	INTERESSEMENT ECONOMIQUE
<b>Etab 1</b>	4 171 208 €	417 121 €	<b>70</b>	300 488 €	150 244 €	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	150 244 €
<b>Etab 2</b>	10 237 972 €	1 023 797 €	<b>82</b>	0 €	0 €		<b>OUI</b>	0 €
<b>Etab 3</b>	2 490 659 €	249 066 €	<b>66</b>	0 €	0 €		<b>OUI</b>	0 €
<b>Etab 4</b>	1 458 122 €	145 812 €	<b>98</b>	227 551 €	113 775 €	<b>OUI</b>	<b>OUI</b>	113 775 €
<b>Etab 4a</b>	1 458 122 €	145 812 €	<b>40</b>	227 551 €	113 775 €	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	0 €
<b>Etab 4b</b>	1 458 122 €	145 812 €	<b>98</b>	300 000 €	150 000 €	<b>NON</b>	<b>OUI</b>	145 812 €

	INTERESSEMENT ECONOMIQUE	INTERESSEMENT QUALITE	INTERESSEMENT EDS
<b>Etab 1</b>	150 244 €	0 €	150 244 €
<b>Etab 2</b>	0 €	8 875 €	8 875 €
<b>Etab 3</b>	0 €	0 €	0 €
<b>Etab 4</b>	113 775 €	8 506 €	122 282 €
<b>Etab 4a</b>	0 €	8 506 €	8 506 €
<b>Etab 4b</b>	145 812 €	8 506 €	154 318 €

## 22.3 ANNEXE3 – Liste des indicateurs mobilisés pour le suivi, l'évaluation et / ou le financement

Indicateur	NATURE	UTILISATION
Taux de Dépistage ET prise en charge pré opératoire de l'anémie	PROCESSUS	FINANCEMENT EVALUATION
Taux de Dépistage ET prise en charge pré opératoire de la dénutrition	PROCESSUS	FINANCEMENT EVALUATION
DMS HAD des parcours de base	ACTIVITE	SUIVI EVALUATION
DMS SSR des parcours de base	ACTIVITE	SUIVI EVALUATION
DMS séjours index	ACTIVITE	SUIVI EVALUATION
Durée Moyenne d'Hospitalisation MCO de l'épisode de soins	ACTIVITE	SUIVI EVALUATION
Pour IDE et KINE : Ecart entre nombre de contacts prescrits et réalisés pour les patients avec sortie domicile**	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
EDS ETE - ORTHO	RESULTAT	FINANCEMENT EVALUATION
Temps moyen consacré à la coordination par patient	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
EDS ISO - ORTHO	RESULTAT	FINANCEMENT EVALUATION
Pour IDE et KINE : Nb moyen de contacts post séjour index pour les patients avec sortie domicile**	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
Pour IDE et KINE : % de patients ayant eu au moins un contact POST séjour index	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
Pour IDE et KINE : Nb moyen d'actes paramédicaux pré séjour index **	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
Pour IDE et KINE : % de patients ayant eu au moins un contact PRE séjour index	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
<b>** Sous réserve des travaux en cours sur faisabilité et pertinence</b>		

Indicateur	NATURE	UTILISATION
Taux de patients avec indication de prise en charge par un MPR	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
% d'EDS avec au moins une réhospitalisation AVEC acte chirurgical ou interventionnel	RESULTAT	SUIVI EVALUATION
% d'EDS avec au moins une réhospitalisation SANS acte chirurgical ou interventionnel	RESULTAT	SUIVI EVALUATION
% de séjours de réhospitalisation MCO AVEC et SANS acte chirurgical ou interventionnel	RESULTAT	SUIVI EVALUATION
% d'EDS avec au moins une réhospitalisation pour reprise chirurgicale	RESULTAT	SUIVI EVALUATION
Répartition des séjours index par modes de sortie	ACTIVITE	SUIVI EVALUATION
Taux d'adéquation entre le mode de sortie prévu avant l'admission et le mode de sortie observé	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
Taux de collecte des données (hors celles prises en compte dans le score qualité)	ACTIVITE	FINANCEMENT
Taux de patients inclus dans l'expérimentation	ACTIVITE	SUIVI
Taux d'hospitalisation SSR/HAD précoce	PROCESSUS	SUIVI EVALUATION
Taux de patients présentant au moins avec au moins une comorbidité à l'admission	ACTIVITE	SUIVI EVALUATION
Taux de patients relevant du mécanisme de sauvegarde	ACTIVITE	SUIVI EVALUATION
Taux d'EDS avec au moins une complication pendant le séjours index	RESULTAT	SUIVI EVALUATION
PREMS : Taux de collecte des mails	PROCESSUS	FINANCEMENT EVALUATION
PROMS : Taux d'administration	PROCESSUS	FINANCEMENT EVALUATION

## 22.4 Glossaire

AE	Affection étiologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCAM	Classification commune des actes médicaux
Cnam	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CNP CVD	Conseil National Professionnel de chirurgie viscérale et digestive
DAS	Diagnostic associé significatif
DCMPP/DCMPA	Diagnostic correspondant au mode de prise en charge principal / associé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DR	Diagnostic relié
DMP	Dossier Médical Partagé
EDS	Episode de soins
ES	Etablissement de Santé
GHM/GME	Groupe Homogène de malade / Groupe médico-économique
GRADeS	Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDEL	Infirmier Diplômé d'Etat Libéral
INCa	Institut National du Cancer
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MPP / MPA	Modes de prise en charge / Mode de prise en charge associée
MSSanté	Messagerie Sécurisée Santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RAAC	Récupération Améliorée Après Chirurgie
SFAR	Société Française d'anesthésie et de réanimation



SI	Systeme d'Information
SNDS	Systeme national des données de santé
SNIIRAM	le Systeme national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée